

Faculté de Médecine de Paris

102

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Décembre 1898, à 1 heure

PAR

H. SPINDLER

Né à Paris, le 8 Août 1873.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien externe de la Maternité de l'Hôpital St-Louis
et de la Maternité de l'Hôpital St-Antoine

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA GRENOUILLETTE

ET DE

Son Traitement par l'Extirpation totale

APRÈS HYDROTOMIE DU PLANCHER DE LA BOUCHE
ET TAMPONNEMENT DE LA POCHÉ

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. CORNIL, professeur.

REMY et ROGER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1898

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Décembre 1898, à 1 heure

PAR

H. SPINDLER

Né à Paris, le 8 Août 1873.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien externe de la Maternité de l'Hôpital St-Louis
et de la Maternité de l'Hôpital St-Antoine

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA GRENOUILLETTE

ET DE

Son Traitement par l'Extirpation totale

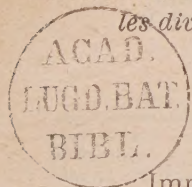
APRÈS HYDROTOMIE DU PLANCHER DE LA BOUCHE
ET TAMPONNEMENT DE LA POCHE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. CORNIL, professeur.

REMY et ROGER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchement	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEV.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULLE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE	trav anatomiques	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père et de ma Mère

A mon Frère, Paul Spindler

Docteur en Médecine

Pharmacien de 1^{re} classe, ex-interne des Hôpitaux de Paris

A mon Frère, Armand Spindler

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

A mes Parents

A mes Amis

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

M. BLUM

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur
Externat 1893

M. NETTER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Trousseau
Chevalier de la Légion d'honneur
Externat 1894

M. DUPLAIX

Chef de la consultation médicale de l'Hôpital Tenon
Externat 1895

M. LETULLE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Boucicault
Externat 1896

M. BAR

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital St-Antoine
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

ET M. TISSIER

Accoucheur des Hôpitaux
Externat 1897

M. FELIZET

Chirurgien de l'Hôpital Tenon
Chevalier de la Légion d'honneur
Externat 1898

*Remerciements et reconnaissance pour les bonnes leçons
que nous en avons reçues, et la bienveillance qu'ils
nous ont toujours témoignée.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital de la Pitié.

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Historique

Il y a peu d'affections chirurgicales, dont l'histoire soit aussi longtemps que celle de la grenouillette restée dans l'obscurité. Il en est même jusqu'à l'origine du mot grenouillette, sur laquelle les auteurs ne sont pas encore fixés. Les uns, avec Ambroise Paré, (In-Œuvres, livre VIII, De Ranula, Paris, 1585), prétendent que cette affection a été ainsi désignée à cause des troubles de la voix que l'on remarque comme symptôme fonctionnel chez les malades atteints de cette affection « pour ce que les patients difficilement peuvent articuler et interpréter leur langage sinon en grénouillant. »

Pour d'autres auteurs, Avicenne, Albucasis, cette appellation proviendrait de la vague ressemblance entre cette tumeur et une grenouille.

Ces différentes raisons expliquent aussi mal l'une que l'autre, l'origine du mot grenouillette, à moins que l'on n'ait voulu faire allusion aux troubles de la parole que l'on constate chez des individus atteints de fièvre intermittente, chez des imbéciles qui, encore aujourd'hui dans certaines régions de la Picardie, avalent vivantes de petites grenouilles vertes dans un but thérapeutique et qui pendant

leurs efforts prolongés pour déglutir le batracien vivant, bredouillent des paroles incompréhensibles.

La même confusion a régné longtemps sur la nature de la grenouillette, Hippocrate devait en faire une inflammation locale, car il désigne la grenouillette sous le nom d'hypoglossite, affection capable de se terminer par suppuration. Celse en fait un abcès sublingal, Aétius y voit la présence de varices. Pour Ambroise Paré c'est : « une matière pituiteuse, froide, lourde, grasse et visqueuse tombant du cerveau sous la langue. »

Enfin, Fabrice d'Agapendènte, se rapproche de la théorie actuelle, car il la range dans la classe des kystes.

Après que Warthon, Bartholin, Rivinus, eurent découvert les conduits salivaires qui portent leur nom, Stalpart van der Wiel, Munnich, Jourdain et Louis se complurent à attribuer la cause de la grenouillette exclusivement à la dilatation de ces canaux excréteurs par suite de leur oblitération accidentelle ou congénitale.

Mais Dupuytren, puis Malgaigne, réagirent contre cette théorie exclusive, et après la découverte des glandes sublinguales accessoires, on en arriva à considérer comme exceptionnelle, la grenouillette formée par la dilatation des canaux excréteurs, et à en faire une tumeur cystiforme développée le plus souvent aux dépens d'une glande sublinguale.

On désigne actuellement sous le nom de grenouillette le Kyste salivaire du plancher de la bouche. Cette définition fait prévoir qu'il y a diverses variétés de grenouillettes,

car suivant que le Kyste se sera développé aux dépens de tel ou tel amas glandulaire de la région sublingale, la grenouillette occupera telle ou telle autre partie de cette région, aussi ne nous semble-t-il pas inutile de rappeler rapidement l'anatomie de cette région.



Description de la région sublinguale du plancher de la bouche.

La région sublinguale est cette partie du plancher ou paroi inférieure de la bouche, qui s'étend obliquement en bas et en arrière depuis les gencives jusqu'à la base de la langue, et qui se trouve recouverte lorsque les arcades dentaires sont au contact l'une de l'autre, par la partie antérieure de la face inférieure de la langue.

Si on fait ouvrir la bouche et porter en haut la pointe de la langue, on voit que cette région a la forme d'un triangle, dont le sommet dirigé en avant est placé immédiatement en arrière des incisives. Les côtés sont délimités par les arcades dentaires.

La base dirigée en arrière répond à la partie la plus reculée de la face inférieure de la langue au point où la partie libre de cette face inférieure de la langue cesse et vient se confondre avec la partie postérieure de la région sublinguale.

Cette région a une couleur rose pâle dans l'intervalle des repas, elle est d'un rose vif après les repas. Cette variation de couleur tient à ce que la muqueuse du plancher de la bouche qui est hyperhémiee au moment de la digestion, se décongestionne dans l'intervalle des repas. Cette muqueuse, continuellement lubrifiée à l'état normal

par la présence de salive, est la continuation de la muqueuse de la face inférieure de la langue qui partie de la pointe de cet organe en tapisse d'avant en arrière la face inférieure pour venir se réfléchir en avant et se continuer avec les gencives tout près du rebord alvéolaire.

Mince et transparente, de consistance faible, la muqueuse est loin d'avoir un aspect lisse et uniforme. En effet, tout d'abord sur la ligne médiane, elle forme un repli semi-lunaire unissant la face inférieure de la langue au plancher de la bouche, c'est le frein ou filet. A droite et à gauche du filet, apparaît à la partie postérieure de la région un petit tubercule arrondi, percé au sommet d'un petit orifice circulaire, c'est l'embouchure du canal de Warthon. Immédiatement en arrière et en dehors se trouve un petit nodule perforé de trous multiples, ce sont les orifices des canaux excréteurs de la glande sublinguale.

Enfin sur les côtés de la région sublinguale, en dehors des éminences précédentes, c'est-à-dire dans l'espace compris entre elles et les arcades alvéolaires, la muqueuse est soulevée par la glande sublinguale sous-jacente pour former les caroncules sublinguales droite et gauche, saillies oblongues dirigées obliquement d'avant en arrière, et de dedans en dehors.

La muqueuse est formée à sa partie profonde par un chorion constitué de faisceaux de tissu conjonctif diversement entre-croisés, auxquels viennent s'ajouter de nombreuses fibres élastiques.

Le chorion repose sur une couche de tissu cellulaire

qui le sépare du plan musculaire sous-jacent au niveau de la face inférieure de la langue, et de la glande sublinguale au niveau du plancher de la bouche.

Au-dessus du chorion la muqueuse présente la couche épithéliale formée en allant des couches profondes vers les parties superficielles par :

1° Une couche de cellules prismatiques verticalement implantées sur le chorion et séparées de ce dernier par une membrane basale ou vitrée ;

2° Une couche de cellules polyédriques finement dentelées sur leur pourtour ;

3° Une couche de cellules aplaties et lamelliformes nettement nucléées ainsi que toutes les cellules des couches précédentes.

Enfin la muqueuse présente un certain nombre de petits follicules muqueux complètement isolés et pourvus d'un canal excréteur spécial. Ces glandes en grappe peuvent être le siège de la grenouillette de même que la glande sublinguale. Ces glandes muqueuses forment un groupe à la face inférieure de la langue et de chaque côté de la ligne médiane de cet organe. Ce groupe signalé en 1823 par Blandin et en 1845 par Nühn est connu sous le nom de glande de Blandin ou de Nühn.

Il forme une petite masse oblongue de 15 à 20 mm. de longueur sur 7 à 8 mm. de largeur et 5 à 6 de hauteur, et est situé dans l'épaisseur des muscles styloglosse et lingual inférieur. Ces petites glandes sont des glandes en grappe qui s'ouvrent perpendiculairement sur la face

inférieure de la langue, de chaque côté du frein, par 5 ou 6 conduits excréteurs.

La muqueuse qui sur toute la face inférieure de la langue est appliquée directement sur le plan musculaire sous-jacent dont elle est séparée à peine par une légère nappe cellulaire, arrivée au voisinage de la base au point où elle se réfléchit pour tapisser la région sublinguale, s'écarte de ce plan musculaire pour passer au-dessus de la glande sublinguale et rejoindre les gencives.

D'un autre côté comme le plan musculaire descend au-dessous de la glande sublinguale pour rejoindre les apophyses géni, il en résulte par le fait de l'écartement de ces 2 plans musculaires et muqueux un espace libre : c'est l'espace sublingual. Il revêt la forme d'un triangle dont la base antérieure répond à la symphyse mentonnière où elle occupe toute la hauteur qui sépare les apophyses géni du rebord alvéolaire.

Le sommet, qui varie suivant les sujets, répond au point où la muqueuse commence à s'écarter du muscle.

Son bord supérieur est formé par la muqueuse du plancher buccal, son bord inférieur par les faisceaux du génio glosse.

Il s'étend sur les côtés en arrière de la glande sublinguale et de ses canaux excréteurs pour se prolonger jusqu'au voisinage des grosses molaires.

Cet espace est comblé de tissu conjonctif destiné à combler les lacunes qui pourraient exister entre les deux organes importants que contient cet espace, c'est-à-dire les glandes sublinguales.

La glande sublinguale, située de chaque côté de la symphyse du menton et du frein de la langue, est la plus petite des glandes salivaires, elle ne pèse que 3 grammes environ. Comparable comme forme à une olive aplatie dans le sens transversal, elle est dirigée obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière, parallèlement au corps du maxillaire inférieur. Longue environ de 25 à 30 millimètres, elle a un diamètre vertical de 10 à 12 millimètres, tandis que son épaisseur, représentée par le diamètre transversal, n'est que de 6 à 8 millimètres.

Au point de vue de *ses rapports*, la glande sublinguale présente à considérer deux faces, deux bords et deux extrémités.

La face externe convexe répond à la face interne du maxillaire inférieur qui présente à son niveau la fossette sublinguale, légère excavation qui lui permet de se mouler exactement sur la glande.

La face interne est séparée des deux muscles lingual inférieur et génioglosse par le canal de Wharton, le nerf lingual et la veine ranine qui la croisent plus ou moins obliquement.

Le bord inférieur assez mince est reçu dans l'espace que forment en s'écartant l'un de l'autre le génioglosse et le mylohyoïdien.

Le bord supérieur arrondi répond immédiatement à la muqueuse du plancher de la bouche qu'il soulève pour former les caroncules sublinguales.

L'extrémité postérieure répond au prolongement anté-

rieur de la glande sous maxillaire avec laquelle elle paraît quelquefois se continuer.

L'extrémité antérieure est en rapport avec les apophyses geni et les tendons des muscles genioglosse et geniohyoïdien qui s'en détachent pour se diriger en bas et en arrière. Au-dessus de ces tendons rien ne vient séparer les deux glandes sublinguales qui sont alors en contact immédiat.

La glande sublinguale n'est pas contenue comme les autres glandes salivaires dans une loge aponévrotique, elle baigne simplement dans une atmosphère cellulaire qui s'insinue entre les différentes lobules de la glande, d'une part, et, d'autre part, se continue avec le tissu conjonctif du voisinage.

Fleichman a décrit en 1847, dans l'espace sublingual, deux bourses séreuses à droite et à gauche du frein. Niées par Sappey, Richet et Paulet, elles existeraient d'après Sappey et seraient tapissées par une membrane recouverte d'une membrane endothéliale. Testut admet une opinion mixte, elles n'existeraient pas chez certains individus, mais pourraient se rencontrer chez les autres, et, dans ce cas, elles dériveraient du tissu conjonctif lâche et à larges mailles qui remplit l'espace sublingual et cela par une série de transformations dues à la mobilité de la langue dans la mastication, la déglutition, la succion, l'articulation des sons.

Les aréoles du tissu cellulaire s'agrandissant par suite des mouvements continuels imprimés à la muqueuse par la langue, il se formerait d'abord de petites cavités qui

pourraient s'agrandir, et même se tapisser d'une séreuse endothéliale, par transformation des éléments cellulaires. Ces bourses séreuses enflammées par suite de causes encore mal connues, pourront déterminer des collections liquides désignées sous le nom de kystes séreux de la région sublinguale.

— La glande sublinguale est une glande en grappe formée d'acini muqueux appendus à de petits conduits appelés canaux intermédiaires. Leur ensemble forme les lobules de la glande desservis par des canaux plus volumineux qui vont s'aboucher eux-mêmes dans le canal excréteur.

Les acini muqueux sont limités par une paroi propre tapissée de deux couches de cellules qui présentent des caractères variables suivant que la glande est à l'état de repos ou d'activité.

A l'état de repos. — On trouve une couche superficielle de cellules muqueuses volumineuses, claires, réfringentes. Ces cellules envoient par leur base un prolongement qui se place par imbrication entre les cellules voisines et la membrane propre. Si on fait agir les colorants, la partie centrale reste pâle et paraît remplie de mucus, tandis que la partie périphérique se colore davantage.

Directement appliquées contre le paroi, on trouve de petites cellules denses, granuleuses et se colorant facilement. Elles possèdent un noyau arrondi et leur forme de lunule leur a fait donner le nom de croissants de Gianuzzi.

A l'état d'activité. — Les cellules muqueuses s'affais-

sent après avoir perdu leur contenu muqueux, et la cavité glanduleuse se trouve alors agrandie, puis la partie dense se gonfle et se répand bientôt dans l'élément. En même temps, on voit les croissants de Gianuzzi se gonfler également et il est même probable qu'ils sont destinés à remplacer les cellules muqueuses tombées après desquamation.

— Ces glandes sécrètent de la salive. C'est un liquide filant, très riche en mucine, très alcalin. Elle contient environ de 25 à 100 par 1000 de parties fixes, c'est la plus riche de toutes les salives. De toutes les glandes salivaires c'est la glande sublinguale qui fournit la plus grande partie de la ptyaline qui entre dans la composition de la salive mixte. La salive sublinguale s'échappe dans la bouche par des conduits excréteurs multiples, car la glande sublinguale se compose de glandes multiples ; l'une, la glande principale, volumineuse, vient s'ouvrir par le canal de Rivinus ou de Bartholin. Ce même canal, décrit par le premier auteur en 1679 et par le second en 1684, naît de la partie postérieure de la glande, se porte en avant et en dedans, sur le côté externe du canal de Warthon et vient s'ouvrir sur le plancher de la bouche, un peu en dehors de l'ostium ombilicale. Les autres glandes sublinguales, dites glandes accessoires, sont de simples grains glandulaires disposées irrégulièrement autour de la glande principale et venant s'ouvrir sur le plancher de la bouche en des points variables, tantôt sur la caroncule, tantôt à distance et par un nombre d'orifices pouvant varier de 5 à 25 et même 30.

Ils sont connus sous le nom de canaux de Walther du nom de celui qui, en 1724, les a le premier décrits.

Un canal accessoire sublingual peut quelquefois venir s'ouvrir dans le canal de Warthon.

Les canaux excréteurs de Walther et de Rivinus ne contiennent pas de fibres musculaires lisses. Leur paroi formée de tissu conjonctif lâche mêlé de fibres élastiques est tapissé à sa face interne par un épithélium cylindro-conique.

— La glande sublinguale est irriguée par un double réseau vasculaire provenant l'un de la linguale, l'autre de la sous-mentale.

Le sang veineux se déverse dans la veine ranine.

L'innervation est également double, elle dépend du lingual mixte (lingual et corde du tympan réunis) et du grand sympathique.

En résumant rapidement les notions anatomiques que nous venons d'exposer nous rappellerons que le bistouri qui viendra intervenir sur le plancher de la bouche rencontrera successivement ou devra éviter de haut en bas les différents organes suivants :

1° La muqueuse avec son frein et les orifices des conduits excréteurs des glandes sublinguales et sous-maxillaires.

2° Les veines et artères ranines et la glande sublinguale.

3° Le canal de Warthon, le nerf lingual, le plexus sublingual, la veine linguale.

4° Une couche de tissu conjonctif.

5° Les muscles génio-glosses.

6° Les muscles génio-hyoïdiens.

7° Le muscle mylo-hyoïdien qui sert de limite au plancher de la bouche et à la région sus-hyoïdienne.



Anatomie pathologique

Nous avons déjà précédemment défini la grenouillette : un kyste salivaire du plancher de la bouche.

Maintenant que nous connaissons l'anatomie de cette région et les différents groupes glandulaires qui s'y rencontrent, notre définition de la grenouillette nous amène naturellement à en admettre 4 variétés, dépendant de la variété du siège de la tumeur sur tel ou tel groupe glandulaire :

1° *Les grenouillettes communes ou sublinguales développées aux dépens des glandes sublinguales principales ou accessoires, ou encore aux dépens des follicules muqueux de la muqueuse qui tapisse la région sublinguale du plancher de la bouche.*

2° *La grenouillette par ectasie du canal de Warthon.*

3° *La grenouillette de Nühn-Blandin développée aux dépens des glandes de même nom.*

4° *La grenouillette sus-hyoïdienne.*

Nous allons étudier successivement les différents traits caractéristiques de configuration et de structure macroscopique et microscopique répondant à chacune de ces variétés de grenouillette. Et l'examen de la poche terminé, nous

examinerons ensuite les caractères du liquide kystique. Le contenu après le contenant.

A. *Grenouillettes communes ou sublinguales*. — En général la tumeur est unilatérale et occupe le plancher de la bouche en dehors de la ligne médiane. D'un volume variable d'un pois à celui d'un œuf, la grenouillette à une forme allongée d'avant en arrière, se terminant en avant près du maxillaire et en dehors du frein ; en arrière, elle peut dépasser le niveau de la dernière molaire inférieure. Quand il arrive, mais cela est rare, que la tumeur occupe en avant les deux côtés du frein de la langue, celui-ci par la dépression qu'il exerce, détermine la formation de deux lobes.

— D'après de Gastel la structure de la poche de la grenouillette serait la suivante ; au point de vue macroscopique, la partie antérieure de l'enveloppe est mince, bleuâtre presque transparente, la postérieure lobulée et plus dense, laisse prévoir une structure dissemblable.

C'est ce que montre l'examen microscopique. En effet, dans cette dernière partie où elle offre plus d'épaisseur on trouve différentes couches qui sont de dedans en dehors :

1° Un épithélium très épais formé par 12 à 15 couches de cellules, les superficielles déformées et aplaties, les profondes tassées et cylindriques ;

2° Dans l'épaisseur de la paroi des dépressions en doigt de gant tapissées par une couche de cellules cylindriques et s'ouvrant dans la cavité kystique.

3° Enfin, nombre de cavités d'un volume très variable

à épithélium cylindrique sans communication avec l'intérieur du grand kyste mais dilatées et remplies de liquide et constituant en somme de véritables grenouillettes en miniature.

— Bazy a retrouvé la même structure dans un grand nombre de grenouillette.

Cette dernière disposition explique l'échec des cautérisations superficielles dans le traitement de la grenouillette, car il ne suffit pas de nettoyer la poche, il faut l'enlever tout entière à cause de l'existence des nombreux petits kystes latents qui ne demandent qu'à se développer plus tard.

— Robin, dans une note lue à la Société de Biologie, a fait de la poche une description plus minutieuse.

« J'ai eu deux fois l'occasion d'étudier la structure des parois de la grenouillette, une fois sur le cadavre et le kyste qui fut mal disséqué avait le volume d'une noix seulement.

» La seconde fois, la paroi me fut remise par M. Maligne qui en avait fait l'ablation. Dans les deux cas, la structure était la même. La description suivante la résume et elle est faite particulièrement avec la pièce de Maligne, dont j'ai dicté les détails en même temps que j'en faisais la dissection et que j'observais. — La surface interne est lisse et plus séreuse que muqueuse, un peu gluante au toucher. Elle est tapissée :

1° D'un épithélium discontinu, c'est-à-dire manquant par places, composé d'une seule couche ou rangée de

cellules, la plupart prismatiques fort élégamment disposées les unes contre les autres.

« Les lambeaux d'épithélium vus de face montrent des cellules larges d'un centième de millimètre, très régulièrement polyédriques ; vus de côté : ils montrent que les cellules sont longues de 3 à 4 centièmes de millimètre, prismatiques plus étroites à leur extrémité adhérente qu'à l'autre bout, toutes sont très finement granuleuses et pourvues d'un noyau ovoïde régulier, contenant un nucléole sur un certain nombre de cellules seulement.

» Autour des lambeaux d'épithélium, se trouvaient quelques cellules pavimenteuses irrégulières avec ou sans prolongement aigu aux angles, rarement imbriquées en lamelles. Certaines cellules étaient sphériques. Ça et là on rencontrait des leucocytes ;

2° Au-dessous de cet épithélium et immédiatement à nu dans les points où celui-ci manquait on trouvait une couche épaisse de 1 à 2 dixièmes de millimètre, composée de matière amorphe et de corps fusiformes fibro plastiques pâles, bien qu'un peu granuleux à contenu un peu dentelé. Il n'y avait que de rares noyaux fibro plastiques libres, dont quelques-uns ainsi que les corps fusiformes, offraient un petit nucléole brillant.

» L'épithélium décrit précédemment est très analogue à celui qu'on trouve dans le canal excréteur de Warthon et dans celui de Stenon, près des points où ils se continuent avec les accini glandulaires. La couche de matière amorphe qui vient d'être décrite, mais pauvre en corps fusiformes

ou en manquant tout à fait se trouve également dans ces conduits immédiatement au-dessous de l'épithélium. Ces particularités anatomiques portent donc à penser que la poche de la grenouillette était due à une dilatation d'un conduit glandulaire excréteur ou peut-être à un petit lobule sécréteur.

3° Au dehors de la couche décrite précédemment se trouvait une couche de fibres de tissu lamineux non disposées en faisceaux, très élégamment entrecroisées, toutes un peu onduleuses, et parcourues par de nombreux capillaires pleins de sang, formant des mailles assez étroites. A la face profonde de cette couche, existaient de nombreuses fibres élastiques, élégamment flexueuses plus rarement anastomosées que les fibres élastiques ordinaires des muqueuses et se rapprochant plus de celles qu'on trouve dans le tissu lamineux sous-cutané et sous-muqueux que d'autres fibres élastiques.

4° A la face extérieure des deux lambeaux des parois du kyste on trouvait ça et là des grains glanduleux, semblables par leur structure à ceux des glandes salivaires normales. Ils adhéraient assez fortement aux deux fragments de membrane kystique décrits ci-dessus. »

— Le contenu de la tumeur est un liquide clair, limpide, incolore ou jaunâtre, de consistance supérieure à celle de la salive ordinaire. Son volume peut aller jusqu'à deux pintes de liquide (Lafaye).

Le microscope ne révèle que quelques noyaux granuleux et des débris d'épithélium plus ou moins altérés.

Chimiquement, il diffère de la salive normale par l'absence de Ptyaline et de sulfocyanures alcalins et par la présence d'une quantité plus considérable de mucine et d'albumine.

Cette différence de composition s'explique par le séjour prolongé du liquide dans une poche hermétiquement fermée. En effet, suivant Labbé, les caractères du liquide varient avec l'ancienneté de la grenouillette. En cas de tumeur récente, les parois sont minces, transparentes et le liquide est incolore, visqueux, très albumineux. Au contraire, la tumeur est-elle ancienne, les parois sont épaissies, et le liquide trouble, jaune-rougeâtre, puriforme et épais, renferme de la graisse, de la cholestérine, et même de la matière sableuse.

B. *Grenouillettes par extasie du canal de Warthon.*

— La tumeur, plus longue que la grenouillette sublingale est placée sur la partie latérale de la langue et non sous la langue comme les précédentes. Si on ouvre la poche, on constate que ses parois sont lisses et minces, et qu'elle se prolonge en s'amincissant, vers l'angle de la mâchoire, pour se continuer avec la glande sous-maxillaire. Le contenu est un liquide clair, visqueux, pouvant être semi-purulent, et on trouve un ou plusieurs calculs ou corps étrangers, obstruant le canal. Lafaye signale une observation où ces calculs atteignirent le volume d'un œuf de pigeon.

C. *Grenouillette de la glande de Nühn-Blandin.*— Ce genre de grenouillette, qui siège, d'après Recklinghausen, au niveau des glandes de Nühn-Blandin, est en rap-

port intime, par sa face postérieure avec la couche musculaire de la face inférieure de la langue. La paroi du kyste est mince, transparente, tendue, d'une teinte blanche légèrement nuancée de violet dans les points où elle est parcourue par des arborisations vasculaires. Elle est formée de tissu conjonctif, sclérosé et tapissé par un épithélium stratifié formé d'une couche de cellules cylindriques à cils vibratiles et d'une couche sous-jacente de cellules cubiques (Keimzellen). Le contenu est un liquide comparable à du blanc d'œuf comme couleur et consistance.

D. *Grenouillettes sus-hyoïdiennes*. — Les auteurs du compendium de chirurgie (1861), en reconnaissent deux variétés : l'une où la tumeur proémine à la fois dans la bouche et à la région sus-hyoïdienne, l'autre est exclusivement localisée à la région sus-hyoïdienne mais en succédant toutefois à une grenouillette.

Le kyste qui siège dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique (Giraldès), est mou, mal limité, et parfois de volume considérable.

Les deux tumeurs buccale et cervicale qui sont parfois indépendantes, communiquent le plus souvent l'une avec l'autre. Dans une observation de Dieu, les deux poches communiquent par une ouverture analogue à l'orifice de la glotte et une sonde introduite par la région sus-hyoïdienne arrive à nu sous le plancher de la bouche. D'après Delens, la poche cervicale n'est qu'un prolongement développé de la poche buccale, et ce ne serait que secondairement que les poches deviendraient indépendantes par rétrécissement

progressif et disparition du collet qui faisait communiquer les deux poches,

Le liquide est d'une viscosité telle qu'il ne peut sortir par l'orifice du trocard, et il est probable chaque fois que le liquide est tout à fait séreux, qu'il ne s'agit pas d'un kyste salivaire, c'est-à-dire d'une grenouillette, mais d'un kyste séreux développé aux dépens de la bourse séreuse de Fleischman.

Au microscope on peut trouver avec des globules rouges déformés, des cellules épithéliales polygonales de 2 à 3 centièmes de millimètre et quelques globules graisseux.



Etiologie

A. *Grenouillette sub-linguale*.— La grenouillette sub-linguale serait plus fréquente chez les adultes et surtout les femmes, Camper dit ne l'avoir jamais observée chez les enfants. Nous croyons que c'est là une opinion un peu exagérée, car dans le service de chirurgie infantile de M. Felizet, à l'hôpital Tenon, sur 5 observations de grenouillette chez des enfants, nous en avons retrouvé trois qui, cliniquement paraissent être manifestement sub-lingual, tel est, du reste, le diagnostic qui a été porté par M. Felizet. En outre, nous citons plus loin un cas de grenouillette observé par Dieu chez une enfant de 7 ans.

Les professions où l'on abuse de la parole et du chant comme les avocats, les chanteurs, semblent avoir une influence sur la fréquence de la grenouillette.

Les causes locales jouent certainement le rôle le plus important.

Ce sont : les stomatites générales et partielles, les aphtes à l'orifice des canaux excréteurs, les morsures chez les épileptiques, les dents cariées, enfin, les abcès alvéolo-dentaires consécutifs à de mauvaises dents, ainsi que nous l'avons remarqué dans plusieurs observations, l'une de M. Felizet, l'autre de M. Segala Estalella de Barcelone.

— Le spasme d'un conduit excréteur incriminé par certains auteurs nous paraît impuissant à produire une rétention salivaire qui du reste ne pourrait être que transitoire, la tumeur devant disparaître à la fin du spasme par suite de l'écoulement de la salive. Tout au plus pourrait-on l'invoquer dans ces cas de grenouillette intermittente où la tumeur apparaît au moment du repas pour disparaître dans l'intervalle.



Pathogénie

Comment expliquer la pathogénie de la grenouillette sub-linguale ?

Bryk semblait admettre que les causes locales étaient indispensables pour la formation d'un grenouillette.

Un certain nombre d'auteurs ne sont pas de son avis, mais si on songe à la grande fréquence des inflammations buccales qui ont été observées antérieurement à leur grenouillette chez les gens qui en sont atteints, ne pourrait-on pas partir de là pour faire une théorie nouvelle de la pathogénie de la grenouillette. Pourquoi n'admettrait-on pas l'hypothèse d'une infection microbienne gagnant de proche en proche le conduit excréteur de la glande, ou même la glande elle-même, et déterminant là un processus inflammatoire qui aboutirait à l'oblitération de ce conduit par la marche progressive d'un rétrécissement inflammatoire, phénomène analogue, à ce qui produit pour l'urèthre à la suite d'une blennorrhagie. Cette théorie expliquerait les grenouillettes sub-linguales survenant longtemps après l'affection causale.

Quel serait l'agent microbien ?

Chez les enfants qui ont eu le muguet, sans compter que le développement du mycélium de l'oïdium albicans à l'intérieur du canal excréteur peut agir mécaniquement

comme un bouchon s'opposant à l'expulsion de la salive, ce qui expliquerait les grenouillettes chez les tout jeunes enfants, ne peut-on pas admettre encore que la présence du parasite, s'il n'agit pas mécaniquement, peut déterminer une action inflammatoire qui deviendra l'origine d'une grenouillette tardive. Mais nous dirait-on comment expliquerez-vous la grenouillette congénitale? A cela nous répondrons que notre théorie de l'oblitération des canaux consécutive à une inflammation microbienne n'est pas exclusive.

L'inflammation avec processus scléreux du canal excréteur n'est d'après nous qu'un des modes aboutissant à l'oblitération du canal, et dans la grenouillette congénitale on peut admettre l'imperforation congénitale du conduit excréteur d'une glande sub-linguale. Par suite du fonctionnement de cette glande sans issu, la tumeur se formerait lentement.

Chez l'adulte l'agent à incriminer est multiple. Ce sont les nombreux microbes et parasites que l'homme cultive et entretient dans la bouche.

Ces microbes inoffensifs en temps ordinaires, peuvent à la suite d'une inflammation de la bouche augmenter de virulence, et propager l'inflammation à l'intérieur du tube excréteur et même du follicule glandulaire.

Cette théorie microbienne nous permet encore d'expliquer le mode de formation des calculs salivaires et des dépôts pierreux que l'on a constaté à l'intérieur de certaines grenouillettes. De même que pour la lithiase biliaire

on a admis que la formation des calculs biliaires étaient due à l'action de certains microbes sur les éléments constitutifs des conduits et des réservoirs biliaires dont les déchets de réaction devenaient le point de départ d'un phénomène par suite duquel les éléments constitutifs de la bile se précipitaient pour former des couches concentriques et de plus en plus épaisses autour du noyau primitif constitué par le microbe et les déchets cellulaires, de même pour les calculs salivaires on peut supposer que le microbe, au contact de l'épithélium soit du canal excréteur soit de la paroi glandulaire, détermine des phénomènes inflammatoires tels, qu'il s'ensuit à l'intérieur du canal ou de la glande une desquamation de l'épithélium dont les éléments contenant les microbes peuvent être éliminés à l'extérieur ou au contraire rester arrêtés dans le canal ou même enfermés à l'intérieur du follicule glandulaire. C'est ce petit noyau qui deviendra l'origine et le point de départ du calcul salivaire par le dépôt successif autour de ce nodule des éléments solides et des sels de la salive. De même que l'origine microbienne des calculs biliaires a été prouvée par la production de lithiase expérimentale chez le chien, en introduisant des microbes dans la vésicule biliaire après oblitération artificielle du canal cystique, de même il eut été intéressant pour prouver le bien fondé de notre théorie sur la formation des calculs salivaires, d'infecter expérimentalement par l'injection d'une culture peu virulente, l'intérieur d'une poche salivaire produite par l'oblitération artificielle d'un canal excréteur, par la ligature du canal

de Warthon par exemple, mais nous regrettons que le temps et les moyens d'expériences nous aient manqué.

L'expérience que nous venons d'indiquer plus haut est presque annoncée par une expérience de Galippe, qui ayant abandonné de la salive dans un flacon, vit se former des taches louches produites par des colonies de microbes, et bientôt à ce niveau il vit se déposer des cristaux formés par le dépôt des sels de la salive.

Après les considérations précédentes, la pathogénie de la grenouillette peut se résumer de la façon suivante :

Il y a oblitération du canal excréteur d'une glande en un point variable, par suite d'un rétrécissement progressif causé par un processus inflammatoire lent et progressif.

Le canal peut encore être bouché par un calcul salivaire dont nous avons expliqué plus haut la formation.

Cette oblitération peut siéger en des points divers, à l'orifice de sortie du canal excréteur, le long de son trajet ou bien au point où ce canal excréteur vient s'aboucher à l'intérieur de la glande.

Il peut cependant, dira-t-on, y avoir grenouillette sans que le canal excréteur soit oblitéré. Très bien, mais rappelons que les glandes du plancher de la bouche sont des glandes en grappe, et par conséquent quoi de plus simple pour expliquer dans ce cas la formation de la grenouillette que de dire : l'oblitération siège au niveau d'un tube excréteur primitif, venant déverser la salive de l'acinus glandulaire dans un canal collecteur plus important ?

C'est encore par notre théorie que nous pourrions expliquer le mode de formation des petits kystes en miniature que de Gastela montrés dans sa description des parois de la poche. En effet, le processus inflammatoire consécutif à la réaction des éléments cellulaires contre l'invasion microbienne, ne se produit pas en un seul point, car comme il s'agit ici d'une glande en grappe dont les canaux se divisent en canaux secondaires se divisant à leur tour, etc., pour recevoir le produit de sécrétion des cavités glandulaires, on comprend que l'inflammation puisse se propager de proche en proche et produire en des points divers un travail de sclérose aboutissant à l'oblitération de plusieurs canaux excréteurs plus ou moins éloignés. L'oblitération des canaux primitifs isole des canaux plus importants, les cavités glandulaires dont ils contribuaient à déverser au dehors les produits de sécrétion. Les cavités ne pouvant plus éliminer la salive produite par l'activité de leurs cellules, on conçoit que la cavité se dilate et qu'un petit kyste se forme.

Il arrive qu'une de ces cavités glandulaires transformées en petit kyste se développe plus rapidement que les autres. Dès lors elle refoulera les tissus qui l'entourent, les comprimera, et de la sorte s'opposera à la marche progressive des autres petits kystes qui se trouvent ainsi arrêtés dans leur évolution. Le kyste principal se développant toujours, refoule de plus en plus les éléments qui la circonscrivent, si bien que les petits kystes primitifs qui étaient disséminés dans la masse glandulaire se trouvent

aplatis, tassés les uns contre les autres, et contribuent à former avec leurs éléments anatomiques d'enveloppe, la partie épaisse de la paroi de la grenouillette, dans cette partie où de Gastel les a retrouvés et où ils restent latents, n'attendant que l'occasion favorable pour se développer à leur tour.

Ce qui précède n'est qu'une hypothèse que nous exposons sous toute réserve, mais qui cependant nous permet d'expliquer la pathogénie de la grenouillette, et nous permet également de pressentir la cause des récidives dans le cas d'extirpation incomplète lorsqu'on a laissé dans la plaie une portion de membrane renfermant un ou plusieurs petits kystes latents.

Mais, ne manquera-t-on pas de nous objecter avec raison : vous prétendez que l'extirpation totale de la grenouillette seule guérit la grenouillette, et pourtant il existe un assez grand nombre de cas où la grenouillette a été opérée par la simple incision, le seton, l'excision partielle, et où elle a été suivie de guérison.

Notre théorie de récidive de la grenouillette par le développement d'un kyste latent est donc fausse puisqu'il y a des cas où la tumeur principale étant vidée, sans extirpation de la poche, la grenouille ne récidive pas.

Que l'on veuille bien suivre notre raisonnement encore quelques instants :

Nous avons dit plus haut que la propagation de l'inflammation consécutive à l'invasion microbienne gagnait de proche en proche des canalicules de plus en plus éloi-

gnés, cela nous a permis d'expliquer la formation des petits kystes latents. Mais dans certains cas, l'inflammation pourrait se localiser sur un seul canal excréteur qui serait seul oblitéré, il ne se produirait donc qu'une seule poche. Le restant de la glande est aplati par suite du développement de la tumeur, mais aucun autre conduit n'est oblitéré, aussi quand par un procédé quelconque, incision, ponction, seton, on a pratiqué une ouverture artificielle, la poche disparaît, et comme son évacuation continue à se faire par la fistule créée, il ne se produit plus de récidue.

B. *Grenouillette par ectasie du canal de Warthon.* —

Nous rejeterons la théorie ancienne qui fait de l'épaississement de la salive la cause de l'obstruction du canal excréteur, c'était là confondre l'effet avec la cause et nous donnerons, ainsi que nous l'avons énoncée, à propos de la grenouillette sublinguale, comme cause de la *grenouillette chronique* par ectasie du canal de Warthon, le rétrécissement inflammatoire du conduit d'origine microbienne, ou encore son oblitération par un ou plusieurs calculs salivaires.

— *Dans la forme aigue* de la grenouillette par ectasie du canal de Warthon, la cause la plus ordinaire paraît être la présence d'un calcul, ou d'un corps étranger, brin de paille, soie de sanglier, arête de poisson, épillet de graminée dans le canal de Warthon qu'il rétrécit ou oblitère complètement. Claudot a vu très fréquemment ces acci-

dents chez les animaux domestiques nourris de paille, de foin et d'avoine.

Richet, en 1880, rapporte un cas où les phénomènes de grenouillette aiguë succèdent à une inflammation de l'orifice buccal du canal, à une stomatite membraneuse.

Il est possible que dans ces formes aiguës à évolution très rapide de la tumeur, la présence du corps étranger détermine un spasme de la paroi musculuse du conduit de Warthon, spasme produisant momentanément l'oblitération du canal, qui se trouverait complétée plus tard par le processus d'inflammation et de prolifération consécutive.

3° *La forme congénitale* de la grenouillette par ectasie du canal de Warthon serait due à l'imperforation congénitale du canal de Warthon.

C. Grenouillette de la glande de Nühn Blandin. — Reconnaît les mêmes causes que la glande sublinguale, il n'y a que le siège qui diffère.

D. Grenouillette sushyoïdienne. — Se développe dans l'âge moyen, de 20 à 47 ans, à peu près également dans les deux sexes, Schwerin l'a rencontré chez un nouveau-né. La plupart des auteurs avouent que les causes leur échappent.

Cependant Delens, note dans une observation un érysipèle antécédent, et dans un autre cas, le traumatisme produit par un épi de blé enfoncé sur la langue. Ces deux observations viennent à l'appui de notre théorie sur l'origine microbienne et inflammatoire de la grenouillette. En effet actuellement personne n'a plus le moindre doute sur l'ori-

gine microbienne de l'érysipèle et dans ce cas quoi de plus plausible que d'imaginer l'invasion par le streptocoque d'un des canaux de Walther, ou de Rivinus et son oblitération inflammatoire consécutive, par les produits de réaction de son épithélium.

Cette oblitération devenant définitive à la suite du processus proliférant et la glande continuant à sécréter, il en résulte qu'une partie du canal sécréteur située en arrière de l'oblitération, ou bien la cavité glandulaire même, se trouve obligée de se développer par suite d'une dilatation progressive et lente.

Dans le cas où la grenouillette a été consécutive à un traumatisme par un épi de blé, pourquoi ne pas admettre que le traumatisme a été la porte d'entrée d'un des microbes parasites habituels de la bouche, qui a trouvé là l'occasion d'exalter sa virulence, et de pénétrer jusqu'au niveau d'un canal glandulaire dont il a provoqué l'oblitération inflammatoire à moins qu'on ne prétende que par suite du traumatisme, le canal excréteur a été déchiré en partie, et que si l'oblitération est survenue c'est consécutivement au travail cicatriciel. Cette dernière manière de voir pourrait encore s'admettre à la rigueur.



Symptômes

A. Grenouillette sublinguale. — La grenouillette sublinguale est une tumeur arrondie ou légèrement ovoïde, mais qui, lorsque le kyste est ancien et a beaucoup grossi, peut devenir irrégulière et bosselée. Son volume, variable en général de celui d'un pois à une petite noix, peut parfois atteindre des dimensions plus considérables.

Sa coloration est rosée ou noirâtre, bleuâtre par suite de l'injection légère de son enveloppe et de la minceur de l'enveloppe celluleuse qui entoure le liquide.

Elle siège sur le plancher de la bouche en dehors de la ligne médiane et au-dessous du bord latéral de la langue qu'elle soulève, et s'arrête en avant au niveau du frein contre l'os maxillaire ; en arrière, elle atteint le plan de la dernière molaire inférieure.

La palpation fait sentir une fluctuation bien nette. La tumeur jouit d'une mobilité très limitée et il est peu aisé de la déplacer sur les parties sous jacentes, quoique ses adhérences ne soient pas très intimes. Dans les kystes anciens on peut sentir des parois épaisses, dures, semi cartilagineuses par place.

— La ponction donne issue à un liquide clair, limpide, incolore ou jaunâtre, semi purulent dans les kystes volumineux, d'évolution ancienne.

Au point de vue fonctionnel, la tumeur est en général indolente et les malades n'accusent par moment des douleurs plus ou moins vives que lorsque la tumeur se développe rapidement et distend des filets nerveux ou comprime des branches nerveuses voisines, principalement les branches du nerf lingual.

Les troubles de la parole et de la mastication sont en rapport avec le développement du kyste.

En général légers, ils peuvent devenir assez graves quand la tumeur est énorme ; dans ce cas, elle peut refouler en bas le plancher de la bouche, déplacer les dents en avant, et même à la longue amener des déformations de la mâchoire inférieure, mais nous rappelons que ces faits sont exceptionnels.

Les troubles de la mastication qui chez l'adulte n'occasionnent qu'une gêne relative, prennent une importance considérable chez l'enfant à qui la succion peut devenir impossible.

B. *Grenouillette par ectasie du canal de Warthon.* — *Forme chronique.* — La tumeur est de forme plus allongée que la grenouillette sublinguale, oblongue, piriforme à pointe antero-interne.

Elle peut acquérir un très grand volume.

Elle siège sur la partie latérale de la langue et non sous la langue même.

A la palpation, elle présente les mêmes caractères de mobilité et de fluctuation que les autres espèces de grenouillettes.

La tumeur se complique parfois de turgescence de la glande sous-maxillaire, et d'une fistule salivaire buccale.

Quand on veut faire le cathétérisme du canal de Warthon on le trouve oblitéré à son orifice ou dans une partie de son étendue. Parfois le cathéter peut heurter un corps dur : calcul ou corps étranger, dont la reconnaissance assure le diagnostic.

A propos du cathétérisme, Bouchacourt signale une cause d'erreur. Lorsqu'on dirige le cathéter trop directement en bas, on a la sensation d'avoir touché un calcul quand en réalité on est venu frotter contre les dents ; il faut alors porter l'instrument en haut et en arrière.

Quelquefois on peut faire sortir une goutte de liquide par l'ostium ombilicale du côté correspondant à la tumeur en appuyant fortement sur cette dernière, mais ce phénomène ne se produit que lorsque l'oblitération est incomplète.

Il y a un moyen pour s'assurer si la tumeur siège bien sur le trajet du canal de Warthon, c'est de placer sur la région sublinguale un peu de sucre ou de sel, on voit alors un jet de salive s'écouler par l'ostium ombilicale du côté sain alors que le même phénomène ne s'observe pas du côté malade.

La ponction ramène un liquide clair visqueux pouvant devenir purulent si la tumeur est ancienne.

Les troubles fonctionnels sont ici les mêmes que dans les autres genres de grenouillette.

Forme aigüe. — Le début de l'affection est dans ce

cas marqué par une douleur vive persistante ou intermittente.

Ces douleurs s'accroissent bientôt en s'irradiant dans tout le côté de la face correspondant et leur intermittence leur a fait donner par le Professeur Verneuil le nom de coliques salivaires.

Elles sont exagérées par la palpation, par les mouvements de la langue et des mâchoires et par le contact des aliments.

Un gonflement rapide rend la voix mal articulée et gêne la déglutition. Si la tumeur augmente trop rapidement, la langue est refoulée en arrière et en haut, tordue, plus ou moins déviée. La face est congestionnée et le patient a des menaces de suffocation.

Dans la grenouillette aigüe la glande sous-maxillaire est le siège d'un gonflement presque constant qui se continue en avant sans démarcation distincte avec la tumeur buccale.

Ce gonflement sous-maxillaire siège au-dessous de l'angle de la mâchoire, latéralement et non au-dessus de l'os hyoïde. La peau, le plus souvent normale, est parfois rouge, oedémateuse. La tumeur aplatie, lisse et régulière, n'est pas bosselée comme dans les adénopathies. Dure et résistante elle ne se ramollit qu'en cas de suppuration. Rarement on perçoit à son niveau de la fluctuation quand on appuie avec les doigts sur la tumeur buccale pour refouler le liquide vers le cou.

Chez une malade de Jarjavay la tumeur buccale était

intermittente et depuis 15 ans se formait pendant les repas pour disparaître après.

La grenouillette aigüe est oblongue ; placée latéralement dans le sillon linguo-maxillaire elle est recouverte d'une muqueuse saine laissant voir par transparence le contenu du kyste ou bien au contraire violacée, œdémateuse. — Bouchard, Mahot et Forget ont publié des observations où la tumeur occupait les deux côtés du plancher buccal.

Le plancher de la bouche donne au doigt qui le palpe tantôt une sensation de fluctuation, tantôt une sensation d'œdème véritable.

Enfin le cathétérisme qui fait sentir un corps étranger ou un calcul, est suivi de l'issue d'une certaine quantité de liquide plus ou moins visqueux, ce qui soulage rapidement le malade.

Forme congénitale. — Cette forme de grenouillette par ectasie du canal de Warthon à la suite d'oblitération ou mieux d'imperforation congénitale du canal de Warthon est rare, mais ne peut être méconnue comme l'ont fait certains auteurs. Nous citerons deux observations à l'appui une de Guyon en 1866 et une de Lannelongue, citée par Demon.

L'analyse de ces observations sera le meilleur moyen de décrire les symptômes de cette forme congénitale.

Dans l'observation de Guyon, la petite fille née avant terme et morte le troisième jour sans opération, présente sur le côté droit de la langue une saillie allongée, grosse comme le petit doigt, d'une coloration blanc rosée, demi-transparente, fluctuante et non douloureuse.

Le contenu est un liquide visqueux et transparent. Le canal de Warthon surtout dilaté à sa partie antérieure et qui, après l'ouverture, conserve encore le calibre d'une plume d'oie, est absolument imperforé à son orifice buccal.

La glande est saine et absolument normale.

L'observation de Lannelongue, est assez analogue, à part que la glande sous-maxillaire était notablement tuméfiée.

C. Grenouillette de Nühn-Blandin. — Les observations de Dubois 1833, de Lombard, de Recklinghausen ont démontré l'existence de cette variété de grenouillette.

Elle occupe la partie antérieure et libre de la face inférieure de la langue, au lieu de siéger sur le plancher de la bouche.

De forme arrondie d'abord, la tumeur en se développant s'accommode aux espaces intermusculaires.

Son volume est variable. Tantôt ayant les dimensions d'une noisette (cas de Dubois) la tumeur peut atteindre les proportions d'un œuf de poule (observation de Lombard).

OBSERVATION (de Dubois).

J'ai été consulté dans le courant du mois dernier pour un enfant né depuis 2 jours et dont la langue était atteinte d'une maladie congénitale dont je vais essayer de donner une idée exacte. Toute la partie antérieure et libre de cet organe au lieu d'être légèrement aplatie comme elle l'est en général, était au contraire

arrondie, tendue, et avait la forme et le volume d'une grosse noisette. La partie postérieure et adhérente de la langue jusqu'à sa base avait une apparence ordinaire ; l'enfant gêné sans doute par le volume de la partie malade la portait souvent hors de la bouche et il était alors facile de l'examiner.

La face inférieure de la langue paraissait formée par une membrane mince, transparente, tendue, ayant une teinte blanche légèrement nuancée de violet dans quelques points et parcourue sur presque toute sa surface par des arborisations vasculaires très fines.

Le doigt appliqué sur ce point de l'organe y sentait une fluctuation manifeste, en un mot toute cette partie de la région inférieure et libre de la langue, offrait exactement l'aspect que présente un sac herniaire qui vient d'être mis à découvert et qui est distendu par un liquide séreux abondant, ou pour nous rapprocher davantage de l'objet qui nous occupe, celui qu'offre la surface de la tumeur sublinguale connue sous le nom de grenouillette. L'enfant avalait sans beaucoup de difficulté le liquide qu'on présentait à sa bouche avec une cuillère, mais il lui était impossible de prendre le sein de la nourrice et l'on conçoit aisément que la rondeur et la tension de la langue s'opposaient complètement à ce que la face supérieure de cet organe put se creuser en gouttière pour recevoir le mamelon et le tenir embrassé. Cette circonstance surtout détermina les parents à s'éclairer de plusieurs avis et notre confrère M. Mauguelin qui avait reçu cet enfant les engagea à me consulter. Je n'avais pas encore vu d'affection de ce genre chez un enfant nouveau né et je ne pense pas qu'aucun fait semblable ait été publié.

Je fus donc incertain d'abord, j'examinai en conséquence la maladie avec une scrupuleuse attention, et après cet examen je

résolus de pratiquer une incision peu étendue ou même une simple ponction sur la face inférieure de la langue, ce que je fis très facilement avec la pointe d'un bistouri après avoir saisi l'organe entre le pouce et l'indicateur de la main gauche : à peine la ponction était-elle faite qu'un liquide visqueux, parfaitement semblable à du blanc d'œuf, par la couleur et la consistance, découla en assez grande quantité ; la poche, je ferais mieux de dire la langue, se vida entièrement à l'aide d'une légère pression, une ou deux stries sanguinolentes s'aperçurent à peine ; la langue s'aplatit et reprit un instant sa forme naturelle. Comme il ne s'écoulait pas de sang et qu'il n'y avait par conséquent rien à craindre de l'exercice de la succion, le sein de la nourrice fut présenté presque aussitôt, l'enfant le saisit avec facilité et teta pour la première fois depuis sa naissance. Aucun accident ne vint compliquer cet état de choses.

Le lendemain, la langue offrait une légère tuméfaction qui ne s'opposait pas à l'allaitement, et qui se dissipa d'ailleurs en partie dans la journée même et disparut entièrement le jour suivant. La reproduction d'un nouveau liquide dans la poche membraneuse n'eut pas lieu, quoiqu'il fut assez naturel de le craindre ; vingt jours se sont écoulés depuis l'opération, l'enfant se porte et se nourrit à merveille.

Quand elle est petite, elle est unilatérale et siège près de l'extrémité de la langue, mais en se développant elle se prolonge de l'autre côté de la ligne médiane de la langue, et elle peut même gagner le plancher de la bouche, si bien qu'à ce moment il peut être difficile de faire le diagnostic

de l'origine du kyste si on n'a pas été éclairé par l'évolution.

Les rapports du kyste avec les filets du lingual et l'artère ranine expliquent quelques caractères propres à cette grenouillette :

Les douleurs précoces et très vives pendant l'évolution de l'affection et lors de l'extirpation du kyste.

Les douleurs auriculaires par réaction inflammatoire.

Les syncopes fréquentes lors de la suture de la cavité consécutive à l'extirpation de la poche.

Enfin les hémorrhagies parfois considérables pendant l'opération.

D. *Grenouillette sus-hyoïdienne*. — La grenouillette sus-hyoïdienne d'après Cadiat, présente deux variétés :

1° La grenouillette sus-hyoïdienne sub-linguale, qui est presque toujours consécutive à une grenouillette sub-linguale opérée, incisée ou ponctionnée. Le kyste récidive, et comme la paroi supérieure est devenue plus résistante par suite de la formation de tissu cicatriciel, il en résulte que la tumeur se développe en bas, vers le cou, et arrive sous l'aponévrose après avoir refoulé le plancher buccal et passé dans un interstice musculaire. La tumeur, qui est le plus souvent latérale, peut occuper aussi la partie médiane du cou, lorsqu'elle progresse de haut en bas en passant entre les muscles génio-glosses.

On voit alors (Delens) une tuméfaction variable comme volume qui est en général celui d'un œuf de poule. Il peut atteindre parfois des proportions considérables, comme

celles d'une orange et Nélaton cite une observation où le kyste descendait jusqu'à la clavicule.

La tumeur est mal limitée, arrondie, indolente, et située sous la branche horizontale du maxillaire inférieur, sur la partie antérieure du cou dont la peau reste normale.

Elle est molle et fluctuante.

Dans la bouche on trouve soit une tumeur sub-linguale, soit une tuméfaction générale du plancher de la bouche qui paraît soulevé par une collection de liquide.

La pression digitale exercée sur le plancher de la bouche fait saillir davantage le kyste cervical.

2° La grenouillette sus-hyoïdienne sous-maxillaire — qui présente les mêmes symptômes que la précédente variété et n'en diffère que par le siège.

D'après Delens elle est consécutive également à une grenouillette sub-linguale qui pousserait à travers les fibres du mylohyoïdien un prolongement vers la région sous-maxillaire, où elle viendrait faire saillie sous l'angle de la mâchoire, dans le triangle hyodigastrique.



Marche

Dans les différentes variétés de grenouillettes la marche est toujours lente, et l'évolution de la tumeur se fait en général insensiblement.

Ce n'est que dans la forme aigue de grenouillette par ectasie du canal de Warthon que la marche est parfois suraigüe, et que l'on assiste à la formation subite de la tumeur kystique.

Durée

La tumeur une fois formée la durée de l'affection est toujours très longue, c'est par années qu'il faut compter et elle ne varie que suivant que le malade se décide plus ou moins tôt à se faire opérer.

Quelquefois la marche de la grenouillette par ectasie du canal de Warthon est intermittente et nous rappellerons à ce sujet l'observation de la malade de Jarjavay que nous avons citée plus haut au chapitre des symptômes.

Terminaison

Lorsque la grenouillette est abandonnée à elle-même et que les malades ne recourent pas à l'intervention chirurgicale, il arrive un moment après un temps variable suivant les cas et les variétés où le kyste se rompt pendant la mastication.

La bouche est envahie par le liquide qui s'écoule de la tumeur. Cette dernière disparaît et avec elle les troubles fonctionnels, mais bientôt l'orifice de rupture se refermant la tumeur subit une nouvelle évolution qui aboutit au même résultat à moins que le patient n'ait eu recours à l'intervention chirurgicale.

— La suppuration est un mode rare de terminaison de la grenouillette.

La guérison spontanée peut-être la terminaison de la grenouillette, lorsqu'elle est causée par l'ectasie du canal de Warthon à la suite de l'oblitération de ce conduit par un calcul salivaire et que ce calcul vient à être spontanément éliminé, supprimant ainsi la cause de la grenouillette
« *sublata causa, tollitur effectus.* »

Pronostic

— La grenouillette constitue une affection en somme peu redoutable au moins chez les adultes, car l'évolution de la maladie étant très lente et les troubles fonctionnels n'apparaissant que lorsque la tumeur est très volumineuse les malades n'attendent pas en général jusqu'à ce moment pour réclamer l'aide du chirurgien.

Le pronostic est donc plutôt favorable, mais il n'en est pas de même chez les tout jeunes enfants, chez qui la grenouillette peut déterminer des troubles de succion assez graves pour gêner et même empêcher l'allaitement au sein. C'est surtout dans ces derniers cas, qu'il sera indiqué d'intervenir rapidement.

Diagnostic différentiel

Nous avons indiqué dans les chapitres précédents que l'on entendait par grenouillette tout kyste salivaire du plancher de la bouche. — Mais ce ne sont pas là les seules tumeurs que l'on puisse rencontrer dans cette région anatomique, aussi nous croyons-nous obligés de dire quel-

ques mots de ces tumeurs dont le diagnostic différentiel avec la grenouillette et parfois bien délicat.

Abcès et phlegmons du tissu cellulaire du plancher de la bouche. — Sont très rares, et on n'en cite guère que deux observations : l'une de J.-L. Petit, (Œuvres posthumes, t. I, p. 120), et consécutive à l'avulsion d'une dent incisive. L'autre de Velpeau, Gazette des hôpitaux, 1848, t-X, n° 4, page 18), observée chez un bleñnorragique qui présentait une tumeur volumineuse, tendue, luisante, fluctuante entre la symphyse du menton et la langue qui se trouvait fortement soulevée. Une première incision fit sortir un pus jaune bien lié, qui consécutivement devint noirâtre, plus séreux. Un abcès se montra au même point à trois reprises différentes à un an ou dix-huit mois d'intervalle.

Les phénomènes généraux, la marche rapide de l'affection, les adénites voisines, ne permettront pas de confondre un phlegmon du plancher de la bouche, avec une grenouillette. Le diagnostic serait plus difficile dans le cas où il s'agirait d'une grenouillette suppurée, mais l'existence d'une tumeur primitive ayant évolué lentement sans accidents fébriles, et l'apparition brusque de ces accidents lèveront tous les doutes.

Kystes séreux de la bourse de Fleischmann. — Nous avons précédemment, dans le chapitre concernant l'anatomie de la région sublinguale, fait la description de la bourse séreuse que Fleischmann avait pour la première fois décrit sous la langue en 1841.

Cette bourse peut être le siège d'un kyste séreux, dont

le diagnostic avec un kyste glandulaire est très difficile, sinon impossible, car la tumeur peut être médiane ou latérale comme la grenouillette et on ne peut guère se baser pour le différencier, que sur l'existence de cloisons à l'intérieur de la poche principale, sur la qualité du liquide qui diffère de la salive et est analogue au liquide épanché dans les séreuses ; et sur la constatation de la perméabilité des canaux de Warthon et des conditions normales de la sécrétion salivaire.

Cependant, Raillard dans sa thèse de 1871, conclut : « quand on aura affaire à une tumeur à deux lobes, située à côté du frein de la langue, si l'on peut faire refluer le liquide d'une tumeur dans l'autre par la pression, (comme dans l'observation XI, de la thèse de Lelièvre, 1861), on pourra conclure à l'existence d'un kyste cellulaire, séreux, ou grenouillette de Fleichmann. »

Tumeurs sanguines du plancher de la bouche. — C'est Dolbeau qui les décrit le premier en 1851 :

« Il existe à la base de la langue, sur le plancher de la bouche, des tumeurs sanguines occupant le siège des grenouillettes. »

« Ces tumeurs sanguines sont formées aux dépens des tumeurs érectiles et cela de trois manières.

« a. — Rupture ou ulcération de la paroi veineuse et épanchement de sang dans les tissus.

« b. — Oblitération des veines dans certains points, destruction des parois contiguës dans les portions restées libres.

« c. — Dilatation simple et totale d'une veine, ou bien dilatation latérale du même vaisseau.

« — La grenouillette sanguine est congénitale, sa cause est inconnue, comme celle de toutes les tumeurs vasculaires érectiles. Ses caractères sont d'être violacée, ordinairement réductible, susceptible d'un changement de volume pendant les cris, les efforts.

« La marche de la grenouillette sanguine est lente. Cette tumeur est très susceptible de s'enflammer » et il cite à l'appui de nombreuses observations.

En résumé les caractères différentiels de la tumeur sanguine sont : le petit volume, la coloration bleuâtre, la mollesse, la réductibilité à la pression et surtout la coexistence de tumeurs érectiles.

Kystes dermoïdes. — Les kystes dermoïdes sublingaux sont des tumeurs molles demi solides, donnant la sensation de suif fondu au doigt qui écrase la tumeur et cette dernière conserve l'empreinte de cette pression du doigt. Il ne faut pas confondre cette sensation avec l'œdème qui survient au plancher de la bouche dans certaines grenouillettes à marche aiguë, mais dans ce dernier cas en palpant la tumeur on a toujours la sensation kystique.

Le kyste dermoïde (Raillard) se développe à la partie moyenne du plancher de la bouche dans l'intervalle compris entre les deux génioglosses et c'est là qu'il sort pour aller faire saillie sous la muqueuse de chaque côté du frein de la langue, qui lui donne une apparence bilobée.

La muqueuse qui recouvre le kyste dermoïde présente

une rougeur prononcée qui ne rappelle en rien l'aspect transparent et bleuâtre de la poche de la grenouillette.

Le canal de Warthon est toujours libre au cathétérisme.

Enfin, en dernier lieu, on pourra avoir recours à la ponction exploratrice, qui ramènera un peu de pâte molle tantôt semblable à du beurre, blanchâtre ou grisâtre, quelquefois mélangé avec un liquide onctueux.

La tumeur ouverte, montre une paroi composée de 2 tuniques : une externe fibreuse, blanche, résistante, l'autre séparée de la précédente par une couche de tissu cellulaire lâche est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié. On y trouve des follicules pileux et des poils en grand nombre.

Meckel, à la société de Biologie en 1852, cite un cas que lui aurait communiqué le Dr Schill (de Schneeberg) où des dents s'étaient développées dans l'intérieur du kyste dermoïde.

Le lipome sublingual est rare et a été souvent confondu, avec une grenouillette quand il occupe le même siège. On se base pour faire le diagnostic sur les signes suivants :

Son développement est moindre que celui de la grenouillette.

La muqueuse qui recouvre le lipome est vascularisée et jaunâtre parce qu'elle laisse voir la tumeur grasseuse par transparence, tandis que dans la grenouillette, la muqueuse de recouvrement est opaline, bleuâtre. Moins nettement fluc-

tuant que la grenouillette à la palpation, le lipome est multilobé et donne parfois à la pression une sensation de froissement bien caractéristique et bien distinct également de la sensation de suif fondu qu'éprouve le doigt qui presse un kyste dermoïde.

Enfin la ponction explorative ramène quelques gouttelettes de graisse.

L'Adénome sub lingual est très rare. Les auteurs du (compendium de chirurgie pratique) en ont observé un cas rapporté dans la thèse de Raillard. Il s'agit d'un jeune homme qui portait une tumeur rosée, indolente et transparente en un point. Cette tumeur qui siégeait à gauche du plancher de la bouche, provoquait une gêne assez marquée de la parole.

Le chirurgien qui croyait à l'existence d'une grenouillette tenta l'incision suivie d'une cautérisation. Quand il eut incisé la partie supérieure de la tumeur, il reconnut qu'il n'avait ouvert qu'un kyste assez petit, et que la plus grande partie de la tumeur était formée par une substance jaunâtre, granuleuse, ressemblant à du tissu glandulaire et qui lui parut formée par une partie hypertrophiée de la glande sub-linguale. Disséquée par le chirurgien, la tumeur offrit à l'œil nu et au microscope, les caractères d'une hypertrophie glandulaire ou adénoïde.

Kystes hydatiques du plancher de la bouche. — Sont très rares et on n'en connaît que deux observations, l'une de Richet, l'autre de Gosselin, elles sont exposées dans l'article de Chauvel du Dictionnaire Encyclopédique.

D'après l'examen de ces observations on est en droit de conclure qu'à la place d'une paroi mince et transparente comme celle qu'on observe dans la grenouillette, le kyste hydatique possède une poche dure, résistante, épaisse, dans laquelle les dents s'impriment profondément en y laissant des dépressions ulcérées.

La fluctuation est plus profonde, et peut-être avec beaucoup de persévérance et de délicatesse pourrait-on percevoir le frémissement hydatique.

Les kystes dermoïdes présentent la même paroi épaisse, mais ils ne sont pas fluctuants comme le kyste hydatique. Enfin, la ponction exploratrice ramène un liquide clair comme de l'eau de roche, à moins qu'il n'y ait eu suppuration. Ce liquide contient des débris de membranes hydatiques et l'examen microscopique décèle les crochets caractéristiques des échinocoques.

Les tumeurs solides : cancroïdes, exostoses du maxillaire inférieur, adénites sus-hyoïdiennes, qui peuvent se rencontrer dans la région sub-linguale, ont des caractères tellement tranchés, qu'il semble impossible de les confondre avec la grenouillette, aussi ne ferons nous que les citer.

Abcès froids. — On ne confondra pas non plus les abcès froids qui font saillie au cou avec les grenouillettes qui ont poussé un prolongement, vers la région sus-hyoïdienne ou sous-maxillaire.

Les anamnestiques, l'évolution de l'affection, la découverte d'un foyer osseux, la coexistence d'autres lésions bacillaires, les phénomènes généraux concomittants,

ramèneront vite sur la voie le diagnostic un instant hésitant. On aurait toujours comme suprême ressource la ponction exploratrice qui ramènerait le pus caractéristique des abcès froids.



Traitement

Historique. — De même qu'il existe un grand nombre de théories pour expliquer la nature de la grenouillette, de même on retrouve une variété prodigieuse de moyens qui ont été successivement proposés et prônés pour le traitement de la grenouillette. Cette grande variété de moyens fait penser immédiatement qu'ils sont tous plus ou moins défectueux car à part l'extirpation totale de la poche, ils exposent à une récurrence plus ou moins rapide.

Nous allons les passer rapidement en revue.

La ponction simple qui a été le premier moyen de traitement de la grenouillette employé dès la plus haute antiquité ne doit plus être aujourd'hui pratiquée à part les cas de grenouillettes énormes à forme suraigüe et déterminant chez le malade des phénomènes de suffocation dont il faut avant tout le débarrasser, c'est une médication d'urgence destinée à mettre à l'abri d'accidents aigus mais qui ne doit être dans ce cas considérée que comme le premier temps d'une opération plus radicale.

En effet, la ponction simple, est rapidement suivie de récurrence, sans compter que consécutivement le kyste peut s'enflammer, les parois s'épaissir, s'indurer, contracter des adhérences avec les parties voisines, ce qui rendra

plus tard l'opération radicale plus délicate, sans compter encore que le contenu peut devenir purulent.

C'est ce que montre l'observation typique de J. L. Petit, d'une grenouillette suppurée à la suite de ponctions répétées.

OBSERVATION. — Une pauvre femme vint chez moi me montrer une grenouillette qu'elle portait depuis an. Quoique la tumeur fut grosse comme un petit œuf de poule elle lui avait causé et lui causait encore si peu d'incommodité qu'elle n'avait pas osé s'en plaindre jusqu'alors. Elle bégayait un peu en parlant. Je voulus lui faire l'opération elle n'y voulut point consentir. Six mois après elle revint beaucoup plus incommodée : sa tumeur était alors trois fois plus grosse. Ne pouvant être contenue dans la bouche, elle avait écarté les muscles génio-glosses, et les genio-hyoïdiens ; elle s'était étendue entre les deux branches de la mâchoire inférieure faisant une saillie considérable entre le menton et l'os hyoïde ; la bouche était ouverte sans que la malade put la fermer, et cependant on ne pouvait voir la langue qu'en baissant avec le doigt la partie de la tumeur qui s'était avancée entre les deux mâchoires comme pour sortir de la bouche.

La malade avait beaucoup de peine à parler, ne pouvait prendre aucun aliment solide, avalait les fluides avec beaucoup de difficulté, elle ne respirait que par le nez, toussait souvent et ne pouvait cracher. Dans cet état déplorable elle consentit à l'ouverture ; mais comme elle avait vu quelqu'un qui lui avait parlé de ponction, je ne pus la résoudre à souffrir le coup de lancette ; je fus obligé de me servir du troi-cart : j'en pris un fort gros que je poussai

dans le milieu de la partie de la tumeur qui bouchait la bouche ; il sortit par la canule plus d'une chopine de fluide, mêlé de lymphé épaisse et de matière puriforme et même de pus bien formé. Toutes les parties reprirent leur situation naturelle. La langue reparut et nous apprit bien qu'avant sa maladie, cette femme n'était pas muette. Elle se croyait guérie pour toujours ; mais je lui annonçai que son mal reviendrait pour n'avoir pas voulu permettre que je l'ouvrisse comme je le souhaitais.

En effet quinze jours après, sa tumeur reparut et grossit au point qu'au bout d'un mois elle avait acquis son premier volume. Ne pouvant la convaincre de la nécessité de faire une ouverture plus grande, je me servis encore du troi-cart. La tumeur disparut comme la première fois et elle fut bien longtemps à se remplir.

Cet espèce de succès l'enhardit à refuser plus opiniâtement l'opération et je fus contraint de lui faire une troisième ponction. Deux ans après, elle revient très incommodée de la même tumeur quoiqu'elle ne fut pas tout-à-fait si grosse ; mais elle était dure, douloureuse, nuisait à la prononciation : la mastication ne pouvait se faire, la malade avalait difficilement les liquides, et pour comble de malheur, la plaie de la dernière ponction était restée fistuleuse.

Outre trois ponctions que j'ai faites, on en avait fait sept autres depuis que la malade avait cessé d'avoir confiance en moi. Je lui fis plusieurs questions pour savoir ce qui s'était passé dans cet intervalle de temps ; elle m'apprit qu'à chaque ponction qu'on lui avait faite, la tumeur avait acquis quelque degré de dureté, que dans sa plénitude elle ne devenait jamais si grosse que la première fois, qu'on lui faisait beaucoup de douleur en la perçant ; qu'étant vide elle ne diminuait pas autant qu'elle avait coutume de faire après les autres ponctions et, par conséquent, que la lan-

gue restait un plus gênée dans ses mouvements. que l'humeur qui sortait n'était pas si fluide ni si limpide et que d'une ponction à l'autre il s'en amassait moins, qu'elle revenait plus épaisse, qu'elle avait quelque odeur et que sur les derniers temps elle était devenue purulente, que l'ouverture de la ponction suppurait longtemps avant de se réunir, et que la dernière ne s'étant point fermée avait toujours rendu du pus. Il y avait déjà trois mois que cette dernière ponction avait été faite ; le foyer de la matière ayant une issue toujours fluante, ne s'était point rempli. La malade souffrait beaucoup, avait des frissons irréguliers, de la fièvre : ce qui me fit penser qu'il séjournait du pus dans la tumeur ; ayant en effet introduit une sonde jusqu'au fond de la fistule, il sortit une cuillerée de pus très puant.

Tous les abcès qui s'ouvrent d'eux-mêmes, ou que nous n'ouvrons qu'imparfaitement, se guérissent assez difficilement, et souvent l'ulcère dégénère en fistule. Si, au lieu d'une simple ponction, la malade dont je viens de parler m'eût permis dans le commencement d'ouvrir la tumeur dans toute son étendue et d'emporter ce que j'aurais pu du kyste, elle eût été guérie sans fistule, et elle n'eût point été dans la nécessité de subir une opération difficile et douloureuse, pour éviter les accidents fâcheux qui pouvaient résulter de sa maladie.

Voici la manière dont je procédai à son opération. J'introduisis une sonde canelée pour conduire un bistouri le dos tourné du côté du gosier, le tranchant vers les dents incisives et, ayant fait une ouverture suffisante pour porter le doigt jusqu'au fond ; je disposai le bistouri de manière que le dos fut tourné du côté des dents incisives, le tranchant du côté du gosier, afin de couper de la partie postérieure de cette fistule autant que j'en avais coupé de

la partie antérieure. Les parois de cette fistule avaient plus de 4 lignes d'épaisseur, et elles étaient fort dures.

Heureusement que le sinus s'étendait sous le côté gauche de la langue ; car s'il eut été dans le milieu entre les *genio glosses*, on n'eut pas pu faire cette seconde incision sans s'exposer à couper les veines et artères *ranules*.

Cette opération étant faite je remplis toute la place de plusieurs bourdonnets de charpie sèche pour étancher le sang ; je les appuyais avec une compresse languette, et j'assujettis le tout avec le bandage décrit dans l'article du filet.

Cette appareil est fort incommode ; mais j'obtins de la malade qu'elle le supporterait vingt-quatre heures ; non seulement parce qu'il comprime les vaisseaux qui pourraient fournir du sang, mais aussi parcequ'il tient les lèvres de la plaie suffisamment écartées pour y pouvoir loger un bourdonnet dont je fis usage pendant quatre ou cinq jours, après lequel temps la langue le chassa, et alors l'ulcère lavé continuellement par la salive n'eut plus besoin d'autre médicament, si ce n'est quelques gargarismes détersifs, auquel j'ajoutai suivant le besoin, du collyre de Lanfranc pour déterger, ou le baume du Commandeur : quand l'ulcère fut bien net, la salive qui le mouillait continuellement, acheva la cure. »

L'incision simple, mise en usage par Rossius, Rivière, Heister, Louis, a les mêmes inconvénients que la méthode précédente, car les lèvres de la plaie se réunissent bientôt et la tumeur se reforme, mais moins rapidement, qu'après une ponction simple.

Cautérisation. — Constatant l'insuccès des méthodes

précédentes, A. Paré songea à modifier la paroi de la poche, et il se servit du fer rouge.

« Or, pour seurement parfaire la curation, il faut faire ouverture de ladite aposthème avecques cautère actuel plutôt qu'une lancette ; autrement le plus souvent réitère voire par plusieurs et diverses fois. Pourquoi ouvriras ladite aposthème ainsi que s'ensuit. « Il te sera nécessaire d'avoir une pièce de fer, de figurè cambre comme un chausse pied, et feras ouvrir la bouche du patient, puis la poseras sous la langue, et au milieu de la dite pièce y aura un trou, lequel mettras à l'endroit où il sera besoin de faire l'ouverture et par icelui appliqueras le cautère actuel, et par ce moyen ne pourras toucher dudit cautère nulle autre partie de la bouche, semblablement ne faut omettre alors qu'appliqueras le cautère, eslever de ton pouce la tumeur par dessous le menton à cette fin de ne faillir à bien faire ton œuvre, puis après l'opération faite, feras évacuation de la matière. Et le malade lavera sa bouche d'eau d'orge en laquelle on aura fait bouillir sucre rosat et miel. Ce faisant l'ulcère sera guérie tost après et sans accident. »

Cette méthode, qui donna à Amb. Paré d'assez nombreux succès, fut recommandée de nouveau en 1778 par Louis et plus tard par le baron Larey. Elle est aujourd'hui abandonnée parce qu'elle effraie le malade.

Les caustiques ont parfois donné de bons résultats. La pâte de canquoin a été proposée par M. Philippeaux, Dionis a employé un mélange d'esprit de vitriol et de miel rosat, Callisen, les acides minéraux. Mais ces caustiques

qui peuvent remplir le but cherché, c'est-à-dire la destruction complète de la poche, ont une action que l'on n'est quelquefois pas bien sûr de pouvoir limiter, aussi tantôt leur effet est insuffisant, toute la poche n'a pas été détruite et il y a récurrence. Ou bien, au contraire, l'action caustique a été trop forte, la poche est bien détruite, mais on a produit des lésions considérables dans le voisinage. Il est donc bien difficile de tomber dans une juste mesure.

L'excision partielle avec modification des parois de la poche a été pratiquée par Denonvilliers, Trélat, Labbé, Lannelongue, Jarjaway qui enlèvent au bistouri ou aux ciseaux la partie supérieure de la tumeur, et cautérisaient ensuite la partie interne de la poche avec le nitrate d'argent.

Cette méthode nécessite des applications répétées du caustique, car il arrive souvent que les bords de la plaie se referment trop tôt, et l'on est bientôt obligé de recourir à une nouvelle opération, la tumeur s'étant refermée, c'est ce qu'explique Gosselin dans le Bulletin général thérapeutique de médecine et chirurgie, Paris 1856.

M. Mangin, interne du service de M. Dolbeau en 1859, a recueilli à l'hôpital Saint-Louis, l'observation d'une grenouillette traitée par l'excision partielle et deux injections iodées.

L'observation est assez intéressante pour que nous la reproduisons :

« Le 28 octobre 1859, M^{me} D..., âgée de 60 ans, entra à l'hôpital demandant à être débarrassée d'une tumeur placée sous la langue qui gênait la parole et la mastication.

Cette tumeur avait environ le volume d'une grosse fève. Elle était placée sur le plancher de la bouche, derrière l'arcade dentaire, sur le côté du frein de la langue; la face supérieure était irrégulièrement bosselée et la plus élevée des bosselures présentait une coloration bleuâtre. En cet endroit, l'enveloppe était comme amincie et l'on voyait comme une sorte de transparence. La sensation de fluctuation était manifeste, aucun empâtement n'existait autour de la tumeur ni au-dessous de la mâchoire.

La malade s'était aperçue de la présence de cette tumeur environ dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital et quand elle avait atteint environ le volume d'un petit pois.

M^{me} D... ajouta à ses réponses, et sans qu'on portât son attention sur ce sujet que la tumeur grossissait et la gênait davantage au moment où elle allait se mettre à table, qu'elle revenait à son volume primitif quelque temps après le repas. Depuis quelque temps ce phénomène se reproduisait invariablement dans les mêmes circonstances. Plusieurs fois elle insista sur ce fait que toutes les personnes qui suivaient le service ont pu constater facilement. M. Dolbeau, qui remplace M. Richet, diagnostiqua une grenouillette. Il fit le 31 octobre la ponction avec le trois-quarts. Il y eut issue d'un liquide clair et filant. La ponction fut immédiatement suivie d'une injection iodée au tiers.

La réaction fut peu intense, et pendant quelques jours le volume de la tumeur fut sensiblement diminué, mais l'amélioration ne fut pas de longue durée.

5 Novembre. — Le kyste avait repris ses dimensions premières et présentait les mêmes symptômes qu'auparavant. Une

nouvelle ponction donna issue à un liquide filant, semblable, quant à la consistance et à la couleur à l'albumine de l'œuf. M. Dolbeau injecta par la canule de la teinture d'Iode pure. La malade eut la fièvre le lendemain.

Le 7. — La santé générale était bonne, mais M. D... n'était pas guérie. Le kyste se remplit peu à peu de liquide et redevint douloureux pendant la mastication.

Le 10. — Le chirurgien excisa une partie de la paroi supérieure du kyste, après avoir constaté que les injections iodées avaient amené une rétraction des tissus, et par suite une certaine gêne dans les mouvements de la langue. Cet organe était bridé et ne pouvait plus être tiré hors de la bouche, être porté en haut et en arrière vers la voûte palatine. Pendant ce dernier mouvement, il était facile de voir la muqueuse tirillée résister à la traction exercée par la langue.

M^{me} D... sortit le lendemain.

La malade a été revue depuis : une pellicule fine et transparente est venue occuper l'espace circonscrit par l'excision. Le kyste s'est de nouveau rempli, mais il s'est rompu une fois spontanément, à l'endroit où la paroi est mince, après s'être gonflé subitement au moment où la malade allait se mettre à table, et elle a senti manifestement dans la bouche, l'issue d'une certaine quantité de liquide.

L'ouverture accidentelle n'a pas mis après cela vingt-quatre heures à se refermer.

Il reste à signaler l'absence de calculs salivaires et de douleurs à la pression ».

Pour obvier à la fermeture trop précoce des bords de

la plaie, Louis introduisit dans la plaie une mèche de charpie, Dupuytren une canule à double tête en forme de bouton de chemise.

Laugier, dans l'intention de créer une fistule permanente permettant l'écoulement du liquide et empêchant la formation de la tumeur, eut recours au *séton* ; il passait par une aiguille, à travers la tumeur, plusieurs fils de soie qu'il nouait ensuite dans la bouche et laissait en place plusieurs semaines. Pour obvier à la fétidité de la bouche causée par ce genre de seton, Lenoir remplaça le fil de soie par un fil de plomb. Chassaignac employa un tube de caoutchouc perforé qui, formant drain, permettait l'écoulement continu des exsudats, et laissait à l'opérateur la possibilité de faire des injections modificatrices.

Mais quand ces moyens étaient suivis de succès, et ces cas sont rares, ce n'était qu'après plusieurs mois de traitement, pendant la durée duquel le malade ne se plaignait plus de sa grenouillette dont le contenu s'écoulait au fur et à mesure qu'il se produisait, mais du corps étranger que l'on avait placé pour déterminer une fistule permanente.

Autoplastie. — Jobert de Lambolle décrit dans son traité de chirurgie pratique en 1849, sous le nom de Batraco-sioplastie, un procédé autoplastique qui consiste à disséquer la muqueuse du plancher de la bouche après l'avoir incisé sans toucher à la paroi du kyste. Il resèque ensuite une partie des deux lambeaux de la muqueuse, de façon à former une boutonnière assez large. Ceci fait, il

incise la paroi du kyste et il suture les bords correspondants des deux lambeaux de la muqueuse et de la paroi du kyste. La grenouillette se trouve ainsi communiquer par un large orifice artificiel avec la bouche, et la tumeur ne se reproduit plus dans certains cas, mais on a observé d'assez nombreux insuccès.

Injectons modificatrices. — Bouchacourt, Boreli, Maisonneuve, Jobert, Richard, Nélaton ont obtenu des résultats satisfaisants avec les injections iodées. Cependant elles ont l'inconvénient, outre qu'elles ne réussissent pas toujours, de déterminer des douleurs vives, une inflammation et parfois une suppuration très étendue.

Dolbeau a publié l'observation d'une jeune femme de 38 ans qui, traitée par l'injection iodée pour une grenouillette qui ne datait que de quelques jours, eut consécutivement une paralysie du goût et de la sensibilité d'une moitié de la langue, et une névralgie faciale droite qui s'étendait en partant de la poche kystique dans la face, l'oreille et la tempe droites de la malade. Ces accidents existaient encore quand la malade quitta l'hôpital, sept jours après l'opération.

« M^{me} X..., âgée de 38 ans est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 11 septembre 1861; elle est couchée au n° 72 de la salle Sainte-Marthe.

Elle présente une grenouillette du volume d'une noix sur la partie latérale droite du plancher buccal; sa tumeur existerait d'après la malade depuis quelques jours seulement. Elle est fort gênante pour M^{me} X... qui parle difficilement.

Le lendemain, elle est opérée par M. Dolbeau qui emploie l'injection iodée, après avoir lavé la poche. L'injection fait beaucoup souffrir la malade fort indocile du reste pendant l'opération.

Elle nous raconte à la visite du soir avoir beaucoup souffert dans la journée, non seulement au niveau de sa tumeur, mais aussi dans tout le côté droit de la face. La douleur s'étend en partant de la poche dans la face, l'oreille et la tempe droite de la malade. De plus, elle éprouve une constriction très grande à la gorge.

Quatre jours après, les symptômes inflammatoires du côté de la poche diminuent, les douleurs névralgiques cessent ; mais à ce moment la malade attire notre attention sur un phénomène assez insolite et qui nous a paru intéressant à noter. Elle s'est aperçue, surtout en buvant, qu'elle ne sent plus du tout du côté droit de la langue.

Voici le résultat de nos expériences :

1° Si l'on pique la pointe et le bord de la langue du côté droit après avoir eu soin de fermer les yeux de la malade, elle ne sent nullement la pique, phénomène qui est parfaitement perçu si l'on répète l'expérience de l'autre côté.

2° Nous avons appliqué un peu de sel en poudre en cet endroit et la malade ne s'apercevait pas de cette poudre assez grossière sur la langue.

De plus elle n'éprouvait pas de goût salé.

La contre-expérience faite du côté opposé y démontre l'intégrité de la sensibilité tactile et gustative.

Les fonctions du nerf lingual étaient évidemment lésées. Quelle en était la cause ? Nous avons supposé que l'inflammation et l'engorgement consécutif des tissus voisins avaient comprimé

l'extrémité de ce nerf au moment où il se divise en nombreux rameaux qui vont à la muqueuse.

La malade demande à quitter l'hôpital, sept jours après l'opération conservant encore sa paralysie de la langue et ses douleurs à la gorge. La grenouillette ne s'est pas reproduite jusqu'alors. »

Les injections de chlorure de zinc déliquescent à la dose de 1 à 2 gouttes avaient donné des succès au professeur Panas et à Ledentu qui, en 1881, annonçait à la Société de chirurgie 25 succès sur 25 opérations.

Elles échouèrent entre les mains de Desprès, Gillette. Marc Sée a eu les mêmes insuccès avec les injections de nitrate acide de mercure.

Les injections modificatrices outre qu'elles ne réussissent pas toujours, ne sont pas sans inconvénients, car on trouve dans la thèse de Lelièvre 1861, outre l'observation que nous avons rapportée plus haut de paralysie de la langue avec névralgie faciale, un cas où il se produisit de la retraction des tissus et une gêne des mouvements de la langue.

Extirpation totale. — Nous venons de voir dans l'énumération que nous venons de faire des différents procédés de traitement de la grenouillette, qu'outre des complications parfois assez sérieuses, ils sont tous plus ou moins infidèles, car la récidive se produit toujours lorsqu'il reste une portion de la poche. Lorsque les parois sont très épaissies, il est bien rare que les injections ou les attouche-

ments modificateurs puissent suffisamment les détruire pour mettre à l'abri de récidence. Une seule opération peut faire disparaître cet inconvénient, c'est l'extirpation totale de la poche de la grenouillette.

Celse, dès l'antiquité, avait déjà conseillé cette méthode. « S'il (le kyste) est un peu volumineux il faut emporter le tégument jusqu'à la tunique, écarter ensuite, de chaque côté, les bords de la plaie avec des érignes, et détacher la tunique dans tout son pourtour, en veillant attentivement, pendant l'opération à ne pas percer des vaisseaux un peu importants. »

Albucasis la préconise aussi. et dans le cas où une hémorrhagie survient au moment de la dissection, il applique sur la plaie du vitriol vert en poudre jusqu'à cessation de l'hémorrhagie.

Puis l'extirpation reste en discrédit jusqu'à Malgaigne qui, après avoir vidé et ouvert le kyste, le disséquait ensuite.

Sur deux cas il obtint deux succès, mais dans l'un une hémorrhagie assez abondante.

En 1855, Tassenot, dans sa Thèse de Strasbourg, sur la grenouillette et son traitement par l'extirpation, se prononçait nettement en faveur de cette opération à l'exclusion de toute autre.

C'est ce que pratiquait le professeur Michel de Strasbourg, qui énucléait la tumeur en totalité, méthode très délicate ; il a obtenu des succès dans tous les cas de kyste salivaire. Il n'a jamais eu d'hémorrhagie. La guérison,

même dans les cas les plus graves, s'est faite en huit à dix jours, sans pansement, sans récidive.

Krabbel, en 1880 (*Centralbl. chir. Leipz.* 1880, t. II, dans un article intitulé : *Zur operation der Ranula*), préconise pour le traitement de la grenouillette, l'extirpation totale de la tumeur. C'est le seul moyen de traitement, dit-il, qui mettrait à l'abri des récidives qui sont toujours à craindre avec tous les autres moyens ; il cite à l'appui de son opinion le cas suivant : La malade, jeune femme de 25 ans, s'était aperçue il y a déjà un an de l'existence d'une petite tumeur dans la bouche. Comme celle-ci augmentait constamment, la malade s'était adressée à son médecin qui ponctionna plusieurs fois le kyste, mais sans succès.

La tumeur non seulement ne disparaissait pas, mais elle augmentait toujours, de sorte qu'au moment où la malade se présenta à Krabbel, la tumeur, après avoir occupé tout le plancher de la bouche, des deux côtés du frein de la langue, vint former une saillie appréciable au côté gauche du cou. L'opération fut faite d'après une méthode analogue à celle de l'opération radicale pour l'hydrocèle indiquée par Volkmann. Incision de 6 centimètres de longueur, au niveau de la proéminence du kyste, comprenant la peau et le peaucier. Le sac kystique mis à nu fut évacué et ses parois suturées avec de la soie. Pareille évacuation avec suture au catgut dans la bouche. La plaie fut drainée et lavée pendant 8 jours avec l'acide phénique à 3 %.

Seize jours après l'opération, la plaie se cicatrisa complètement.

C'était là une voie délicate, mais encourageante à suivre, malgré le discrédit où elle était tombée pour la plupart des chirurgiens. C'est ce qu'a fait M. Félizet, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Pour les cas de grenouillette qu'il a eu l'occasion de traiter, il a remis en honneur l'opération radicale par l'extirpation totale, mais en la modifiant et en la rendant plus méthodique. C'est ainsi que dans la séance du 21 octobre 1891, il faisait à la Société de Chirurgie la communication suivante :

« La grenouillette est au nombre des tumeurs les plus sujettes à récidive et l'on peut en juger par le nombre des procédés auxquels elle a donné naissance. Je ne ferai que mentionner l'incision simple ou avec le cautère actuel, l'introduction de tentes ou de bougies, le séton, le bouton à demeure dernière et pauvre ressource de Dupuytren.

« C'est ainsi que Malgaigne (Méd. op., t II, p. 231), appréciant les divers modes de traitement de la grenouillette, ne réserve que l'incision, les injections irritantes et l'extirpation.

« Or cette dernière même à la façon dont il conseille, dans la crainte d'hémorrhagies, de la pratiquer en laissant au besoin « quelques lambeaux » de la poche, n'est en dernière analyse qu'une excision, et comme l'excision, une opération sujette à récidive.

« En fait, l'opération de la grenouillette n'est radicale et

la guérison n'est certaine que quand la poche n'existe plus, ni en totalité ni en partie.

« Les cautérisations énergiques dont on fait suivre l'excision ont pour objet la destruction de ce qui reste de la poche, que vise par un mode d'action différent la méthode des injections caustiques de chlorure de zinc préconisées par MM. Théophile Auger, Panas et Le Dentu.

« La grenouillette sublinguale est une petite maladie assez commune et dont on peut dire qu'on vient toujours à bout.

« Mais si l'on arrive à la guérir par quelques-uns des procédés que nous venons de citer, nous pensons qu'il n'y a pas un chirurgien qui puisse, lorsqu'il vient de pratiquer une excision, une cautérisation ou une injection, affirmer que le mal ne reparaitra pas.

« C'est en effet souvent après plusieurs récidives que la grenouillette opérée avec tenacité se décide enfin à guérir.

« Celse a recommandé l'opération idéale : l'extirpation.

« L'ablation intégrale du kyste sans traces ni déchirures serait la seule capable de satisfaire et de rassurer.

« Or c'est une entreprise délicate.

« Que la poche vienne à crever au cours de la manœuvre, l'opération devient impossible et nous savons tous que si c'est l'extirpation qu'on ambitionne au commencement de l'opération, c'est généralement sur l'excision qu'on se rabat à la fin, avec la consolation des caustiques.

« Ajoutons aux difficultés de l'attaque et de l'isolement de cette poche fragile et fuyante, les dangers de l'hémor-

rhagie, dont Malgaigne semble avoir fait l'épreuve dans un cas qui lui a suffi et nous comprendrons combien il peut être difficile si on ne trouve pas autre chose de montrer à la société de chirurgie une grenouillette extirpée dans son intégralité sans que le malade ait souffert ou ait perdu du sang.

« Nous avons deux observations.

« La première a trait à une femme de 30 ans qui avait été traitée deux fois par les caustiques en deux ans.

« La seconde est plus récente : l'opération a été pratiquée le 28 septembre. Il s'agissait d'une femme de 45 ans.

« La grenouillette remontait à 3 ans et n'avait été l'objet d'aucune tentative.

« Le procédé employé a été le même dans les deux cas, dans le second, toutefois, nous avons eu recours à l'anesthésie locale avec la cocaïne.

« Voici les différents temps de l'opération :

« *Premier temps.* — Injection de douze gouttes de solution de cocaïne au vingtième entre la muqueuse et le kyste.

« La muqueuse est tellement mince dans sa distension, qu'il faut la soulever avec une pince à griffes pour ne pas perforer la grenouillette.

« *Deuxième temps.* — Injection par trois ou quatre piqûres extérieures au kyste de 8 à 10 centimètres cubes d'eau boriquée.

« Le liquide se diffuse avec une grande facilité et l'on

voit le plancher de la bouche se tendre, soulever et repousser la langue.

« La grenouillette est alors plongée et perdue dans l'œdème artificiel de cette hydrotomie, mais le doigt la sent toujours profondément avec sa consistance tendue et arrondie.

« *Troisième temps.* — La muqueuse attirée avec la pince à griffe est entamée d'un coup de ciseaux et aussitôt la partie la plus saillante de la grenouillette se montre entre les bords de l'ouverture.

« Avec l'ongle, on décolle facilement le sommet du kyste et quand un quart environ de son globe est libéré on l'incise simplement.

« Les lèvres de l'incision sont fixées avec deux pinces à forciprèssure et le liquide albumineux achève de s'écouler.

« C'est alors qu'on introduit dans la cavité vidée, une petite éponge, assez volumineuse toutefois pour la bien distendre. Quand elle est suffisamment bourrée, une pince rapproche les lèvres et assure le maintien de l'éponge à l'intérieur.

« Nous sommes maintenant en présence d'une tumeur solide.

« Mais ce n'est pas seulement la consistance de la tumeur qui va nous servir, c'est sa mobilité nouvelle, son isolement au milieu de la nappe de l'œdème sous muqueux qui va rendre l'extirpation aisée.

« L'ongle suffit en effet d'abord pour décoller la gre-

nouillette, mais à mesure qu'on plonge dans la profondeur du plancher de la bouche, les adhérences sont plus fermes. Mais on peut les attaquer sans crainte d'entamer la poche, que l'éponge consolide et soutient devant les yeux.

« Dans mes 2 cas c'est avec une rugine que nous avons du gratter le sac et c'est à coup de ciseaux que nous en avons coupé les adhérences que nos grattages n'avaient pu rompre.

« Bientôt le fond de la poche est dépassé et on reconnaît que la grenouillette ne tient plus au plancher de la bouche que par son pédicule résistant, assez épais, se dirigeant non pas, vers la glande de Blandin, mais sous le bord de la langue au-dessus du canal de Warthon, dans le sens du groupe des glandes sublinguales.

« Par une torsion simple, on voit le pédicule se tendre, se rétrécir, s'effiler.

« La rugine aide à mesure au détachement final et bientôt sans perte de sang, la grenouillette est extirpée intégrale, avec sa paroi mince, telle que je la présente à la Société de chirurgie. »

Depuis cette communication à la Société de Chirurgie, M. Félizet a eu l'occasion d'opérer 5 nouveaux cas de grenouillette, pour le traitement desquels il a toujours employé la même méthode qui lui a donné les mêmes succès. Seulement il a supprimé la piqûre de cocaïne, car il a remarqué que l'hydrotomie simple du plancher de la bouche produisait une diminution de la sensibilité suffi-

sante pour permettre l'opération sans injection de cocaïne.

— Ce nouveau temps de l'extirpation c'est-à-dire l'hydrotomie, présente donc un premier avantage c'est de supprimer l'usage de la cocaïne, et ce n'est pas là un mince avantage, quand on a affaire à de jeunes enfants, où l'on se trouve ainsi à l'abri de tout accident d'intoxication, sans compter l'hémorrhagie capillaire si fréquente après l'injection de cocaïne et l'on sait combien la moindre perte de sang est préjudiciable chez les tous jeunes enfants.

D'un autre côté en distendant les aréoles du tissu cellulaire, l'hydrotomie isole pour ainsi dire la poche kystique des organes en rapport avec elle ; branches du nerf lingual, artères et veines ranines, canal de Warthon dont la blessure est par suite moins à craindre si le chirurgien agit avec délicatesse en rasant toujours la paroi de la poche et s'il a distendu suffisamment le plancher de la bouche.

Il est aisé de comprendre comment agit l'hydrotomie. En effet lorsque nous avons décrit, plus haut, l'anatomie de la région sublinguale nous avons montré la glande sublinguale renfermée dans une loge fermée en haut par la muqueuse, en bas par le plan musculaire des génio-glosse, génio-hyoïdien et myloïdien. La glande est calée dans cet espace sublingual par du tissu cellulaire lâche qui s'insinue entre les différents lobules de la glande.

Dans ce tissu se trouvent également répartis les différents organes avec lesquels la glande sublinguale se trouve au rapport. Si donc on vient à distendre fortement, par

l'hydrotomie, les aréoles de ce tissu cellulaire, il en résulte d'abord que les rapports des différents organes entre eux sont plus éloignés, et ensuite que les éléments cellulaires tirillés outre mesure, s'allongent, s'amincissent, et deviennent plus friables.

Par conséquent quand on voudra énucler la poche du kyste il sera plus facile de déchirer les adhérences de la poche avec le tissu cellulaire, et en outre l'ongle ou la rugine qui énuclée sera plus éloigné des organes voisins du kyste, organes qui auront été plus ou moins écartés de la poche par l'hydrotomie.

Il ne serait pas impossible que la distension lente et exagérée produite par l'hydrotomie ait une action hémostatique que nous pourrions expliquer de la façon suivante.

Les vaisseaux situés dans le tissu cellulaire voisin de la poche sont tirillés fortement, car ils sont solidement fixés au point où ils pénètrent dans l'épaisseur de la poche kystique qui, elle, est peu extensible ; d'un autre côté les aréoles du tissu cellulaire augmentant de dimension après l'hydrotomie, et les éléments cellulaires auxquels adhèrent les parois des vaisseaux étant allongés et tirés en sens inverse, il en résulte donc que la partie extra kystique du vaisseau subit une traction qui peut être assez forte. Cette traction pourrait être suffisante pour rompre la tunique interne alors que la tunique externe résiste. Il se formerait ainsi par la rupture et le recoquillelement de la tunique interne à l'intérieur des autres tuniques, une hémostase

préalable et antérieure au temps de l'énucléation de la poche.

Cette hypothèse que nous donnons sur toute réserve expliquerait l'absence de toute hémorrhagie que M. Felizet a constaté dans les cas de grenouillette qu'il a opéré après hydrotomie.

Voici d'après M. Felizet les précautions qu'il faut prendre pour mener à bien le temps de l'hydrotomie :

1° Bien isoler la muqueuse du plancher de la bouche de la paroi de la poche sous-jacente, de façon à ne pas pousser l'injection dans le kyste mais bien dans le tissu cellulaire intermédiaire ; et pour ce faire il faut plisser la muqueuse en la soulevant avec une pince à griffes, c'est dans ce pli de muqueuse que devra être introduit la pointe de l'aiguille.

2° Les piqûres doivent se faire de dehors en dedans et d'avant en arrière quel que soit le siège de la tumeur. En effet, lorsque la première injection a été poussée, on voit à ce niveau la muqueuse soulevée par une sorte de tumeur liquide arrondie qui tend à se diffuser rapidement. Il ne faut pas attendre que la diffusion soit faite, il faut au contraire profiter de ce que la muqueuse se trouve ainsi en un point artificiellement isolée du kyste, pour faire sans avoir besoin de se servir à nouveau de la pince à griffe, les autres injections en piquant toujours plus haut et en arrière.

3° Quand on a ainsi injecté 6 à 10 centimètres cubes de liquide, ce qui est variable suivant les cas, il faut s'arrêter quand l'œdème a dépassé la ligne médiane du plan-

cher de la bouche et a commencé à se montrer du côté opposé à la tumeur.

Résumant les avantages de l'hydrotomie nous trouvons :

1° Diminution de la sensibilité et suppression des anesthésiques et de leurs inconvénients.

° Plus grande facilité d'énucléation de la tumeur, diminution des chances de complications par blessures des vaisseaux et des branches nerveuses et peut-être action hémostatique. Ce sont là, il nous semble, des titres plus que suffisants pour faire adopter ce nouveau temps, certains chirurgiens ne manqueront pas de dire complication, bien simple cependant, de l'opération de la grenouillette

Les avantages des autres temps de la méthode de M. Felizet ont été suffisamment mis en évidence dans sa communication à la Société de chirurgie précédemment citée pour que nous n'ayons pas besoin d'y revenir ni d'y insister.

Nous ajouterons seulement quelques mots sur les soins précédant et suivant l'opération.

La veille de l'opération M. Felizet fait gargariser fréquemment la bouche à l'eau boriquée, en outre il fait nettoyer et brosser les dents du malade. Dans le cas où des dents se trouveraient cariées, il en fait l'avulsion préalable, supprimant ainsi toute cause d'irritation ou d'infection après l'opération.

Lorsque la tumeur a été complètement extirpée il reste

sur le plancher de la bouche une plaie assez profonde qui peut, après l'injection, être le siège d'une petite hémorrhagie capillaire lorsque la grenouillette est ancienne et qu'elle a des parois très épaisses et très adhérentes. Dans ce cas, et M. Felizet n'a eu qu'une fois besoin d'y avoir recours, on bourre alors la plaie avec une petite éponge imbibée d'eau Pagliari, et on laisse cette dernière à demeure, en la changeant deux fois dans le cours de la journée.

Mais le plus souvent la plaie est abandonnée à elle-même sans qu'il soit besoin d'en faire la suture, ni de faire aucun pansement local.

Le lendemain, les bords de la plaie sont déjà rapprochés, et en quelques jours la plaie a complètement disparu.

Le jour de l'opération, le malade se gargarise et se rince souvent la bouche à l'eau boriquée. Les deux jours suivants, il ne prend que du grog et du thé au rhum, sans lait, ni bouillon.

Il peut commencer à manger le troisième jour. Aucun des malades opérés d'après la méthode de M. Felizet et revus longtemps après leur opération, n'a présenté de récurrence, et chez la majorité on ne trouve même pas de trace cicatricielle de l'opération.

Dans le cas où la grenouillette sublinguale se complique d'un prolongement dans la région sus-hyoïdienne. M. Felizet pratique l'extirpation en deux temps. Il enlève d'abord la plus grande partie de la tumeur buccale, et

il attaque le restant de la poche par la région sus-hyoïdienne.

C'est dans ce cas que nous proposons la pratique suivante : Le Kyste sera attaqué d'abord par la voie buccale d'après la méthode de M. Félizet, c'est-à-dire qu'après hydrotomie du plancher de la bouche et tamponnement de la poche, le kyste sera énucléé dans la plus grande partie. C'est à ce moment que commence le nouveau temps opératoire que nous indiquons. Au lieu de sectionner simplement les parois de la poche au-dessous de l'éponge introduite à l'intérieure du kyste, nous proposons de faire avec un fil de soie une ligature solide de la poche au-dessous de l'éponge introduite le plus loin possible. On sectionne alors la poche au-dessus de cette ligature.

Le résultat de cette manœuvre est facile à prévoir. On a enlevé la portion buccale de la poche kystique, et cependant, il nous reste une poche sus-hyoïdienne qui, grâce à la ligature est absolument indépendante et bien limité. Il nous sera alors facile de l'attaquer par la région sus-hyoïdienne en pratiquant l'hydrotomie et le tamponnement de la poche, chose qu'il eut été impossible de pratiquer si la poche avait continué à communiquer librement avec la cavité buccale.

En résumé, le temps que nous proposons, a pour but de rendre méthodique l'extirpation de la grenouillette avec prolongement sus-hyoïdien, en transformant la tumeur unique, incapable d'être extirpée en un seul temps, en deux tumeurs bien indépendantes, pour chacune desquelles

il sera possible d'appliquer les différents temps de la méthode de M. Félizet et qu'il sera alors facile d'enlever complètement et facilement en deux temps.

Après cet exposé de la méthode opératoire de M. Félizet, nous allons citer un cas observé par M. Dieu, médecin-major de l'hôpital de Sétif, ce cas est intéressant, non seulement en ce qu'il nous prouve encore une fois de plus l'inutilité trop fréquente des moyens autres que l'extirpation mais encore en ce qu'il nous montre l'aggravation de la grenouillette consécutive à ces traumatismes opératoires :

OBSERVATION. — *Grenouillette sub-linguale opérée par excision et cautérisation de la poche. — Récidive après trois mois et apparition d'une tumeur sus-hyoïdienne communiquant avec la poche sub-linguale. — Excision complète de la tumeur kystique par la région sus-hyoïdienne. — Guérison.* (Société de chirurgie, 1881).

Lassalle Louise, petite fille âgée de 7 ans, entre le 2 Septembre 1880, à l'hôpital de Sétif. Cette enfant blonde, un peu lymphatique, a une bonne santé habituelle. Ses parents me racontent que depuis deux mois environ, ils se sont aperçus que leur enfant avait sous la langue une tumeur qui allait tous les jours en augmentant. Cette tumeur, absolument indolente, est située sous la langue, au niveau du plancher de la bouche ; elle est de la grosseur d'une noix, bilobée, le frein de la langue la séparant en deux

parties égales. Elle est fluctuante, à parois minces et transparentes. sans changement de coloration de la muqueuse, elle repousse la langue en haut vers le palais. Si on place un grain de sel sur le plancher de la bouche, on voit sourdre la salive par les conduits de Warthon. Le diagnostic porté est : grenouillette développée probablement dans une glande sublinguale.

Le 7 Septembre, l'enfant, étant très indocile est chloroformée et je procède à l'opération. Un *ténaculum* est enfoncé dans la tumeur et à l'aide de deux coups de ciseaux j'excise la plus grande partie de la paroi supérieure du kyste. Il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide jaune filant et visqueux. Le kyste étant débarrassé de ce liquide, je fais une forte cautérisation des parois de la poche avec un crayon de nitrate d'argent.

Le lendemain, il y a une réaction assez vive, l'enfant a un peu de fièvre et toute la région sus-hyoïdienne est un peu tuméfiée. — Lait, bouillon, eau émolliente pour gargarismes.

Le troisième jour après l'opération les parents emmènent leur enfant à la campagne. L'eschare produite par la cautérisation n'est pas encore tombée, mais la tuméfaction du cou a complètement disparu.

Huit jours après je revois ma petite opérée qui va très bien et dont la plaie est en voie de cicatrisation.

Enfin à la fin de Septembre, la plaie était complètement fermée, et comme j'avais cautérisé fortement la poche, j'espérais ne pas avoir de récédive.

Je n'avais plus de nouvelles de cette enfant lorsque les parents la ramenèrent à ma visite au mois de mars 1881, c'est-à-dire six mois après l'opération,

Elle était dans l'état suivant :

Une tumeur volumineuse de la grosseur d'une mandarine,

siège sous le menton, elle est située sur la ligne médiane qu'elle déborde également de chaque côté ; elle est indolente, sans changement de couleur à la peau, arrondie, peu tendue, et elle offre une sensation vague de fluctuation. Si on fait ouvrir la bouche de l'enfant, on voit le plancher buccal légèrement soulevé par une nouvelle tumeur kystique beaucoup moins volumineuse que celle qui avait été opérée. Ce kyste intrabuccal augmente considérablement de volume, si on comprime la tumeur sus-hyoïdienne, et il est vraisemblable que les deux poches communiquent largement entre elles. Si on place un peu de sel sur le plancher de la bouche, la salive sort abondamment par les orifices du canal de Warthon.

D'après le dire des parents, cette tumeur aurait commencé à se développer trois mois environ après la première opération, c'est-à-dire vers le mois de Janvier 1881. Je diagnostique une tumeur sus-hyoïdienne sub-linguale, avec communication très probable des deux poches. Connaissant l'observation de M. le professeur Gosselin et la thèse de M. Cadiot il me fut facile d'arriver au diagnostic.

L'enfant entra dans mon service le 2 avril 1881, et je résolus de la débarrasser de cette tumeur gênante et disgracieuse. Mais quel procédé devais-je suivre ? Les injections irritantes ont été employées cinq fois : trois fois par Nelaton, une fois par Jobert et une fois par Dolbeau. Trois fois la simple ponction avec injection fut suivie de succès, mais les malades ont été revus. Une fois la poche suppura (Nelaton), une autre fois le malade quitta l'hôpital avec une fistule (Dolbeau). Chassaignac eut un succès définitif en introduisant un tube à drainage recourbé en anse dans la tumeur extérieure et en faisant chaque jour des injections iodées ; mais après un mois de traitement, la malade quitta l'hôpital non gué-

rie. Cependant deux ans après elle fut revue par Delens, complètement débarrassée de sa tumeur.

M. le professeur Gosselin, (thèse de M. Cadiot), fit d'abord une ponction dans le kyste buccal, mais le liquide très visqueux ne put sortir, même après avoir été délayé avec des injections d'eau chaude.

Le 30 avril, il fit alors l'incision de la paroi supérieure du kyste sans toucher à la portion sus-hyoïdienne et évacua le liquide salivaire des deux poches.

Le 2 mai, la tumeur sus-hyoïdienne était très rouge, et il y avait une gêne énorme de la déglutition. La malade ne pouvait qu'avec une extrême difficulté manger, boire et même cracher ; une salive épaisse s'écoulait continuellement de sa bouche.

Le 4, les symptômes graves ont augmenté et on fit une large incision sur la ligne médiane qui donna issue à une grande quantité de pus ; on plaça un drain, les accidents cessèrent.

La malade sortit le 26 mai ; la tumeur sus-hyoïdienne repaissait un peu, et la grenouillette semblait avoir des tendances à se reproduire dans cette région. La malade n'a plus été revue.

Sachant par ces observations, les difficultés que l'on éprouve à faire sortir par un trocard, le liquide visqueux et filant de ces tumeurs, craignant d'autre part d'avoir une réaction trop vive à la suite d'une injection irritante, je résolus de disséquer le kyste sus-hyoïdien et d'en inciser le plus largement possible les parois.

Le 8 avril, l'enfant étant chloroformée, la tête renversée en arrière, je fis sur la ligne médiane de la région sus hyoïdienne, une incision de la peau, dépassant la tumeur en haut et en bas. Le kyste fit immédiatement saillie entre les bords de la plaie. Je disséquai très facilement et le plus profondément que je pus, la tumeur qui s'énucléa comme un kyste sébacé ; à la fin de la dis-

section, ce kyste se creva, et il s'en écoula un liquide visqueux, très filant, jaune brun foncé.

Dès que la poche fut vidée, j'attirai fortement les parois du kyste qui s'engageait dans une boutonnière assez large formée par les muscles genio hyoïdien et genio glosse, et je les excisais à l'aide de quelques coups de ciseaux.

Il fut aisé de voir que le kyste sus-hyoïdien communiquait largement avec le kyste sublingual par une ouverture à peu près semblable à la glotte, les lèvres de cette ouverture était représentée par les muscles genio-hyoïdien et genio-glosse.

Une sonde molle, introduite par cette ouverture, vint faire saillie sous la muqueuse du plancher de la bouche qui était complètement affaissée.

L'enfant ne perdit que quelques gouttes de sang.

Craignant d'avoir laissé dans le fond de la plaie qui était profonde des débris de la poche kystique, je renonçai à la réunion immédiate et je me contentai de bourrer la plaie avec des boulettes de charpie trempées dans de l'eau de Pagliari, un bandage simple maintint le pansement.

Le lendemain, il y eût un peu de fièvre, mais l'enfant ne souffrait pas et put s'alimenter à l'aide de potages et de lait.

Le 4^e jour, j'enlevai les boulettes de charpie imprégnées de pus. L'enfant n'avait aucunement souffert, n'avait plus de fièvre et mangeait une portion. La plaie était très belle. Je rapprochai les parois à l'aide de quelques bandelettes de diachylum entrecroisées sous le menton.

Le 5^e jour, l'enfant se leva, joua avec ses camarades, allait parfaitement. La suppuration était assez abondante ; on ne pouvait plus apercevoir au fond de la plaie l'entrebaillement des muscles geniens. Les jours suivants, les bords de la plaie s'affaissèrent

et la suppuration diminua. La petite malade, sortit le 12 mai sans avoir éprouvé le moindre accident. Le plancher de la bouche était complètement affaissé ; les conduits de Warthon étaient toujours perméables, et il ne restait de cette affection qu'une petite cicatrice linéaire dissimulée par la saillie du menton. » -

Nous allons maintenant reproduire une observation de M. Desprès, qui a le double avantage de montrer l'inanité des procédés autres que l'extirpation totale et les complications auxquelles on s'expose quand on procède à des demi-mesures qui rendent l'opération radicale plus délicate et plus périlleuse :

Le nommé B., Jean, trente-quatre ans. est entré à l'hôpital de la Charité, le 19 Novembre 1895, salle Boyer, n°-3.

En 1894 ce malade constate dans la bouche une grosseur sous la langue du côté gauche. Le 20 Septembre 1894. il entre à l'hôpital Saint-Louis, M. L. Championnière fait une incision simple. Le 20 Novembre récidive, nouvelle incision et cautérisation avec une forte solution de chlorure de zinc. Deux mois après récidive, cette fois, à la région sous-maxillaire, la tumeur atteint le volume d'un œuf. B... entre alors à l'Hôtel-Dieu. M. Polailon fait une incision sur la tumeur et cautérise avec la solution de chlorure de zinc. quinze jours après récidive dans la bouche, nouvelle incision ; récidive un mois après la sortie de l'hôpital et cette fois la grenouillette est sous-maxillaire.

Le 15 juillet 1895, le malade entre à la Charité : M. Desprès

constate sous l'angle de la machoire et s'avancant en avant une tumeur fluctuante grosse comme un petit œuf. Il tenta d'abord un procédé classique, le séton. Il fit passer un séton en anse dans la grenouillette ; pendant 5 mois la grenouillette paraissait guérie. Le séton en caoutchouc tomba et on attendit. Un mois après, la grenouillette était reparue et elle avait cette fois le volume d'un œuf. M. Desprès prit alors son parti, celui d'enlever le kyste et la glande sous-maxillaire.

Le 9 janvier, le malade étant endormi à fond, voici comment il procéda à l'opération ; incision de l'angle de la machoire à 1 centimètre du menton et à 1 travers de doigt du bord du maxillaire inférieur ; deuxième incision en croissant à concavité supérieure et circonscrivant les cicatrices des anciennes opérations et allant rejoindre les deux extrémités de la première incision. Section du peaucier, de l'aponévrose et du tissu cicatriciel. Ablation d'un ganglion lymphatique ; on tombe sur la poche qui est assez facilement disséquée de haut en bas et d'arrière en avant.

L'on voit alors nettement l'hypo-glosse, le mylo-hyoïdien le digastrique et les muscles du pharynx ; le kyste avait disséqué toutes ces parties. Le kyste est alors disséqué d'arrière en avant et l'on arrive sur la glande sous-maxillaire qui est disséquée, non sans ouverture de l'artère faciale qui est immédiatement liée. Ceci fait il fallut disséquer le kyste de la trachée et de la gaine des vaisseaux du cou. M. Desprès coupe en dédolant et n'ouvre pas la gaine des vaisseaux. Mais en détachant le kyste de la trachée il y eut des veines du plexus thyroïdien en bas ouvertes ; un léger sifflement indiquant l'entrée de l'air dans les veines, une ligature fut immédiatement placée sur la veine et tout rentra dans l'ordre. Un drain fut placé jusque dans le fond de la plaie et une suture profonde (5 points) réunit la plaie qui fut pansée avec une compresse

d'eau et d'alcool camphré, et un cataplasme de farine de graines de lin par dessus. L'opération a duré environ douze minutes.

Les suites de l'opération furent simples, à part un érysipèle circonscrit de la face qui dura quatre jours. Le huitième jour la température du malade était normale, 37 degrés le matin et 37°2 le soir. Le drain fut enlevé le huitième jour. La ligature de la faciale tomba le douzième jour, le dix-septième jour la ligature de la veine tomba, et le dix-huitième la plaie était refermée.

Une particularité doit être signalée : le malade qui était un peu nerveux et avait été difficile à endormir lorsqu'il cessa d'être sous l'influence du chloroforme, se réveilla aphone. M. Desprès pensa de suite à une lésion du nerf récurrent gauche, mais pendant l'opération il ne l'avait ni vu ni touché. On eut le secret de cet accident en consultant les antécédents du malade.

Ce garçon avait eu pendant son service militaire des bronchites à répétition et avait eu une extinction de voix complète qui avait duré dix-huit-mois. Et pendant sa période de 28 jours après son service militaire il avait été réformé comme tuberculeux. L'évènement a prouvé que l'extinction de voix était bien liée à la constitution du malade. Car la voix est revenue au mois de mars dernier. Il est bon d'ajouter que l'examen laryngoscopique fait au mois de février montrait que les cordes vocales étaient saines et non paralysées, et qu'il y avait seulement des rougeurs et quelques granulations sur la muqueuse du larynx.

L'examen de la pièce montra que la grenouillette était d'origine glandulaire.

Cette observation est très instructive, elle nous montre la récurrence de la grenouillette à la suite de l'incision simple, de la cautérisation par le chlorure de zinc, du séton.

La marche compliquée de la tumeur.

A la suite de ces tentatives infructueuses, de sublinguale elle devient sous-maxillaire. Enfin, le danger de l'extirpation de la grenouillette par les moyens ordinaires quand on n'a pas eu recours à l'hydrotomie, qui isole et protège les organes voisins. C'est ainsi que faute d'avoir pratiqué l'hydrotomie, nous constatons dans cette observation la blessure de l'artère faciale nécessitant sa ligature, la blessure des veines thyroïdiennes, avec cette terrible complication de la pénétration de l'air dans les veines qui, dans ce cas heureux, n'a pas eu de suites funestes. Enfin l'érysipèle de la face auquel n'ont pas été étranger tous ces traumatismes répétés, dont une partie au moins aurait pu être évitée avec l'hydrotomie et le tamponnement de la poche avec l'éponge, substituant au kyste une tumeur solide, dont les limites auraient toujours été plus faciles à retrouver, guidant ainsi l'opérateur dans sa dissection au milieu des parties voisines.

Enfin, en 1897, M. R. Von Hippel a publié dans les Archives de clinique chirurgicale de Berlin un article avec observations à l'appui, qui viennent prouver encore une fois de plus l'extirpation totale comme moyen curatif de la grenouillette.

« Dans un précédent travail, R. Von Hippel avait établi la nécessité d'extirper la poche de la grenouillette tout entière avec la glande sublinguale par obtenir une guérison radicale. Le procédé opératoire habituel ne donnant qu'un jour très insuffisant dit-il M. Von Hippel a imaginé

la méthode suivante qu'il a eu l'occasion de pratiquer avec succès chez huit malades de la clinique de M. Von Bergmann à Berlin.

Il mène une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, mais à un travers de doigt en dedans de cet os, en commençant à 1 centimètre de la ligne médiane et en continuant l'incision dans la direction indiquée sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Après avoir divisé le tissu sous-cutané ainsi que le muscle peaucier et pratiqué la ligature de l'artère sous-mentale, et au besoin de l'artère sous-maxillaire, on écarte la glande sous-maxillaire, ainsi que le muscle digestrique, puis on sectionne les fibres du muscle mylo-hyoïdien et l'on attire vers la ligne médiane les muscles génio-glosse et génio hyoïdien.

Ceci fait, on arrive sur la poche de la grenouillette, recouverte par la glande sublinguale.

Cette poche est soigneusement isolée ; on sectionne à cet effet l'artère et la veine sublinguale, mais on respecte le nerf du même nom en le réclinant vers le bord externe de la plaie.

Lorsque le canal de Warthon était étroitement soudé avec la poche, l'auteur a pu le couper sans inconvénient.

Après avoir ainsi disséqué le kyste, on arrive sur la partie adhérente à la muqueuse buccale. Dans la plupart des cas, on est obligé de réséquer une partie de cette muqueuse.

L'extirpation de la poche terminée on introduit dans la plaie opératoire une bande de gaze iodoformée, puis on

suture l'incision cutanée en ménageant l'espace nécessaire pour le passage de la lanière de gaze.

Celle-ci est enlevée au bout de trois ou quatre jours et remplacée par une mèche plus courté jusqu'à ce que la plaie de la muqueuse buccale soit guérie.

Il est évident que l'on n'aurait pas besoin de recourir au drainage si l'on parvenait à décoller le kyste sans léser la muqueuse. »

L'analyse que nous venons de donner du travail de R. Von Hippel, montre bien que l'extirpation totale est l'opération de choix dans le traitement de la grenouillette, mais il nous semble que c'est vraiment compliquer le traitement que de vouloir dans tous les cas de grenouillette attaquer la tumeur par la région sus-hyoïdienne.

R. Von Hippel préconise l'usage d'une opération qui est toujours assez grave sans parler de sa délicatesse.

Cette opération amène fatalement la formation d'une cicatrice dans la région sus-hyoïdienne, et nous sommes persuadés que c'est là une complication que redouteraient bien des femmes.

R. Von Hippel dit bien qu'au cours de son opération il faut respecter le nerf lingual, c'est très bien, mais le moyen de le voir au milieu du sang qui inonde la plaie ou de le sentir dans le tissu cellulaire de la région, surtout si des adhérences de tissu cellulaire à la poche viennent donner des sensations trompeuses au doigt qui croit avoir écarté le nerf, alors que le bistouri va le sectionner un peu plus loin.

La muqueuse du plancher de la bouche se trouve reséquée en grande partie, il peut en résulter des brides cicatricielles dans la région sublinguale pouvant gêner consécutivement les mouvements de la langue, car les cas opérés par R. Von Hippel sont de date trop récente pour qu'on puisse se prononcer à ce sujet.

Nous pensons que l'on doit réserver l'intervention chirurgicale par la région sus-hyoïdienne, à la seule grenouillette qui a été décrite sous le nom de grenouillette sus-hoïdienne.

Toutes les autres formes sont susceptibles du traitement par l'intervention buccale et de cette façon les femmes opérées ne pourront jamais reprocher de cicatrice à leur chirurgien.

En outre, si on emploie le procédé de M. Felizet, l'hydrotomie et le tamponnement de la poche, on aura moins à craindre les hémorrhagies, la section des artères et surtout du nerf lingual, accidents auxquels on serait trop exposé par la méthode de R. von Hippel.

Voici les observations des malades que M. Felizet a eu l'occasion d'opérer, et il a obtenu par sa méthode 7 succès sur les 7 cas qu'il a opérés, dont 1 grenouillette probablement congénitale, et une autre à forme sus-hyoïdienne.

Les 2 premiers cas observés par M. Felizet étaient des grenouillettes survenues chez des adultes. Ce sont celles qu'il a présenté pièces en mains en 1891 à la Société de chirurgie et qui avaient fait le sujet de sa communica-

tion. Malheureusement ces observations ayant été égarées et M. Felizet n'ayant pu les retrouver, nous regrettons de ne pas les reproduire.

Les 5 autres cas de grenouillette ont été observés dans son service de chirurgie infantile à l'hôpital Tenon, et c'est grâce à l'obligeance de M. Felizet que nous les avons retrouvées, et que nous pouvons les exposer.

OBSERVATION I. — Marguerite Bailly âgée de 14 ans et demeurant place de la Réunion, n° 66, vient trouver M. Felizet à sa consultation de l'hôpital Tenon, le 23 février 1891. Elle présente sur le plancher de la bouche une tumeur grosse comme une noisette, presque médiane, mais cependant un peu plus marquée sur la partie latérale gauche de cette région. On n'aperçoit aucune saillie dans la région sus-hyoïdienne. — D'après la malade cette tumeur s'est développée lentement, et il y a 3 semaines quand la malade s'est aperçue pour la première fois de sa présence elle était grosse comme un petit pois. — Elle vient consulter parce que cette petite tumeur l'agace, la gêne un peu pour parler. Elle n'accuse aucun autre trouble.

M. Felizet porte le diagnostic de grenouillette sub-linguale, et invite les parents de la jeune fille à la ramener le dimanche suivant pour l'opérer dans la matinée. — Dans l'intervalle il prescrit de nettoyer les dents tous les jours et de se gargariser souvent à l'eau boriquée.

Le jour convenu après injection de cocaïne, M. Felizet extirpe complètement la poche d'après sa méthode.

Hémorrhagie nulle. — La malade rentre chez elle après l'opération, avec la recommandation de se rincer souvent avec de

l'eau boriquée, et de ne prendre pendant deux jours que du grog et du bouillon.

Après l'opération la malade n'est plus revenue dans le service.

Ce n'est que 7 ans après, le 28 octobre 1898, après avoir fait de nombreuses recherches pour retrouver son adresse, que nous la revoyons. Devenue M^{me} Hergott, elle habite 131, rue des Pyrénées. Nous l'examinons malgré les difficultés que nous fait son mari qui est agent de police, et nous constatons un excellent résultat. Aucune trace de récive. On constate l'absence du frein qui a du être sacrifié pendant l'opération, une partie de la région sub-linguale correspondant au siège ancien de la tumeur est plus lisse, et d'un aspect un peu plus blanchâtre que la région avoisinante. — Aucune trace d'induration sous le doigt. La malade interrogée sur les suites de l'opération, nous répond que la plaie se cicatrisa très rapidement.

Elle ne s'est jamais aperçue de rien depuis l'intervention, si ce n'est (et nous lui faisons faire l'expérience devant nous) une congestion assez marquée des glandes sub-linguales lorsqu'elle mange des mets vinaigrés, phénomène sans importance qui disparaît du reste avec la cause.

OBSERVATION II. — Cherey Jean, âgé de 13 ans, demeurant rue de Terre-Neuve, 16, se présente à la consultation infantile de Tenon, le 5 mai 1896. Il présente sous la langue une saillie grosse comme une noix dont M. Félizet fait une grenouillette sub-linguale.

Nettoyage des dents et de la bouche tous les jours jusqu'au dimanche matin suivant, jour de l'opération.

Même procédé opératoire que dans les cas précédents, seulement pas de piqure de cocaïne. L'enfant se plaint relativement peu, et M. Félizet attribue la diminution de sensibilité à l'hydrotome.

Les parois de la poche sont très épaisses et adhérentes, M. Félizet est obligé de s'aider de la rugine pour terminer l'énucléation. Comme la plaie saigne un peu, on la bourre avec une petite éponge imbibée d'eau de Pagliari. Cette éponge est renouvelée deux fois dans la journée de l'opération et supprimée le soir.

Grog et bouillon pendant deux jours.

Le 2^e jour la plaie est presque entièrement refermée et elle est complètement cicatrisée vers le dixième jour.

Le 10 octobre 1898 nous recherchons cet enfant, mais les parents ont déménagé, ils habitent en Seine-et-Oise, à la Petite-Chapelle, près de Valen-Gougeard. Nous écrivons à cette adresse pour demander des renseignements sur l'état actuel de l'opéré, nous avons la bonne chance qu'on nous réponde : « Il est en bonne santé, parle et mange bien, et n'a plus absolument rien. »

En résumé résultat excellent, car depuis deux ans que le malade est opéré s'il avait dû y avoir récurrence, il y a longtemps que l'enfant et les parents s'en seraient aperçus.

OBSERVATION III. — Camille Tassin, âgée de 11 ans, demeurant rue Bagnole, 173, vient le 7 mai 1896 à la consultation. Elle se plaint d'un mal de dents et vient, dit-elle, pour s'en faire arracher une. M. Félizet, son davier en main, fait ouvrir la bouche à l'enfant. Il aperçoit alors dans la région sub-linguale et située sur la ligne médiane, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon.

Il en fait une grenouillette. L'enfant interrogée répond qu'elle s'était bien aperçue 15 jours auparavant de la présence d'une petite grosseur sous la langue, mais elle n'y avait pas fait attention, l'attribuant à son mal de dents.

La petite Camille entre salle Ambroise Paré.

Le 8 mai. — Nettoyage de la bouche. Avulsion de trois dents cariées. Gargarismes fréquents à l'eau boriquée.

Le 13 mai 1896. — Pas de cocaïne. Hydrotomie du tissu cellulaire du plancher de la bouche. Incision de la muqueuse, décollement de la poche jusqu'à son équateur. Ouverture et introduction d'une éponge. Dissection par le doigt et la pince à disséquer de la poche ainsi bourrée. Ablation. Pas de points de suture. Gargarisme à l'eau boriquée,

Todd et thé au rhum sans bouillon ni lait pendant les 2 jours suivant l'opération.

14 mai. — Gargarismes boriqués fréquents.

21 mai. — L'enfant quitte l'hôpital, la plaie complètement cicatrisée.

Le 28 octobre 1898, plus de deux ans après nous revoyons l'enfant qui habite toujours 173, rue de Bagnolet. Elle n'accuse aucun trouble. Nous ne constatons aucune récurrence. La région sub-linguale est normale à l'inspection et à la palpation. On ne voit même pas ici de cicatrice pouvant rappeler le point où eut lieu l'incision de la muqueuse.

OBSERVATION IV. — Chateauzel Henri, âgé de 5 jours, demeurant 14, Impasse Touzet, est amené à la consultation infantile le 29 mai 1896. Sa mère l'amène parce qu'il ne peut pas téter.

On constate alors l'existence d'une grenouillette sublinguale grosse comme un pois. M. Felizet l'opère toujours par le même procédé et sans cocaïne.

L'enfant n'est plus revu après l'opération.

Le 28 octobre 1898, nous cherchons à revoir l'enfant. Nous retrouvons la mère qui a déménagé, Cité de l'Avenir, n° 6. Elle nous apprend que depuis le jour où elle avait amené l'enfant à l'hôpital (elle ne savait même pas qu'on eût opéré l'enfant), la petite grosseur avait disparu, et que l'enfant tétait très bien. L'enfant est mort le 14 avril 1898 de bronchite tuberculeuse, sans que la mère se soit jamais aperçu d'aucun trouble de succion.

OBSERVATION V. — Schérer Nicolas, âgé de 14 ans et demie, entre le 11 octobre 1897, salle Dolbeau. Il présente dans la région sublinguale une tumeur grosse comme une noix. Dépassant la ligne médiane, elle envahit le côté droit du plancher de la bouche jusqu'au bord du maxillaire, effaçant ainsi le sillon qui sépare le plancher buccal de cet os.

La langue est soulevée et l'élocution est tout à fait défectueuse. La déglutition est bonne, mais l'enfant présente sur le bord gauche de la langue des érosions dues à ce qu'il se mord en mangeant.

Dans la région sus-hyoïdienne, la tumeur fait saillie et se montre avec les apparences d'un gros œuf de pigeon sur la ligne médiane. Le doigt posé sur la tumeur buccale sent la fluctuation qu'imprime un doigt appuyant de bas en haut sur la région sus-hyoïdienne. M. Felizet diagnostique : grenouillette sublinguale avec prolongement sus-hyoïdien. A son idée, le liquide contenu

dans cette poche double n'est pas inférieur comme quantité à 60 centimètres cubes.

Antiseptie de la bouche et des dents.

Le 13 octobre, opération en deux temps. Dans le premier temps, M. Felizet énuclée la majeure partie de la tumeur buccale par son procédé ordinaire. Après en avoir, avec des ciseaux, réséqué la plus grande partie possible, il attaque le restant de la poche par la région sus-hyoïdienne.

Une incision antero-postérieure de cette région, faite sur une sonde cannelée introduite par la plaie buccale, fait rencontrer la poche qui n'a pas été préalablement bourrée par l'ouverture buccale.

Quand la poche est mise à nu sur une surface d'environ deux francs, elle est ouverte entre deux pinces, bourrée d'éponge et la dissection se fait. La communication de la poche buccale et sus-hyoïdienne admet facilement l'index. Il est très difficile d'affirmer que la dissection a été complète, car il n'y a plus de limites précises de la poche dont une partie a été enlevée dans le premier temps. Aussi comme il est impossible de prétendre, dans ce cas qu'il ne reste pas une collerette du tissu de la grenouillette au dessous du collet de communication, on ne referme pas immédiatement la plaie. Un drain fait communiquer le foyer de la bouche avec le foyer sus-hyoïdien. Pansement à la gaze salolée.

14 octobre. — Grog, thé au rhum. — Gargarismes boriqués, le pansement souillé de salive est refait après un lavage de la poche avec une solution de chloral à 1/100.

15, 16, octobre. — Même pansement.

17 octobre. — Le drain est enlevé.

Les 3 ou 4 jours suivants, il s'écoule encore un peu de salive par la plaie sus-hyoïdienne, lavages chloralés.

Le 23 octobre, 97. — La plaie cessa de laisser écouler de la salive.

Les suites furent très bonnes. Il ne se produisit pas de fistule salivaire.

Le 30 octobre 1898. — Euvion un an, après l'opération, nous allons trouver l'opéré chez ses parents. passage Ligner, 18. Nous constatons l'excellence du résultat. Pas de récurrence. Une partie de la muqueuse un peu plus blanchâtre qu'ailleurs, seule rappelle l'opération. »

Mais n'aurait-on pas été plus sûr du résultat, plus certain d'avoir complètement enlevé le sac, si on avait pratiqué le temps supplémentaire que nous proposons dans le cas de grenouillette sus-hyoïdienne, c'est-à-dire la ligature du sac sous l'éponge introduite le plus loin possible dans la poche. Ce n'est que consécutivement à cette ligature que l'on aurait pratiqué l'excision de la portion buccale.

On se serait ensuite trouvé en présence d'une poche sus-hyoïdienne, isolée bien limitée, dont il eût été facile, en l'attaquant par la région sus-hyoïdienne de pratiquer l'extirpation totale par le procédé ordinaire de M. Felizet.

Cette observation intéressante, montre que la grenouillette n'a pas récidivé, malgré l'incertitude où l'on était d'avoir détruit complètement la poche.

A la suite des observations des malades opérés par M. Felizet, nous allons reproduire l'observation d'une grenouillette sublinguale, opérée par le docteur Manuel Segala Estalella, suivant la méthode de M. Felizet, et suivie d'un plein succès. Elle a été publiée dans « L'Independencia

medica de Barcelone, Junio 1893, Num. 35 ». Nous rapportons *in extenso* l'article dont nous devons la traduction à l'obligeance de notre camarade et ami Hild Castellon :

« Quoique cette maladie n'ait d'autre importance que par ses récidives fréquentes, elle serait cependant encore par son anatomie pathologique, ou sa pathogénie, un sujet digne d'étude, car de leur connaissance parfaite on pourrait déduire un traitement radical dans tous les cas.

« Il est certain qu'à ce sujet il y a une véritable confusion, et les auteurs donnent un nombre incalculable de procédés plus ou moins ingénieux :

« Beaucoup d'entre eux sont inefficaces et un assez grand nombre ne présentent pas l'innocuité qu'ils semblent avoir à première vue. Il n'existe pas dans mon idée de faire la critique de ces procédés et moins encore d'entrer dans des discussions anatomo-pathologiques ou pathogéniques. Je veux seulement esquisser à grands traits l'histoire de trois cas de grenouillette sublinguale que j'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer dans ma pratique médicale.

« Les 3 grenouillettes reconnaissent trois causes différentes.

« La première que j'ai rencontrée chez un enfant de trois mois et quelques jours présentait pour moi tous les signes d'une grenouillette salivaire congénitale.

« Dans ma seconde observation, il s'agit d'une grenouillette à marche aiguë se développant rapidement chez une dame. C'est dans de pareils cas que le chirurgien est toujours embarrassé pour trouver la cause. Le liquide est-il

secrété par les parois de la cavité ? ou bien provient-il d'une glande salivaire, ou du conduit de Warthon déchiré ? En même temps nous nous demandons pourquoi cette poche s'est formée aussi rapidement.

« Enfin, pour le dernier cas que j'ai choisi comme type de ma description, il s'agit sûrement d'après moi d'une grenouillette kystique due à la dilatation de un ou de plusieurs des follicules qui tapissent le plancher de la bouche, et qui, par suite de l'oblitération de la seule ouverture par où s'écoulait le mucus formé à l'intérieur, deviennent de véritables kystes, et, comme on voit, sans avoir aucun rapport avec les glandes salivaires proprement dites ou leurs conduits correspondants.

« Mon intention, en décrivant ce cas, est de montrer les modifications (bien plus en la forme qu'en le fond) qu'a subi le traitement de cette variété de grenouillette, grâce au procédé de Felizet que nous croyons recommandable en pareil cas. »

Le 5 décembre 1891, s'est présenté à ma consultation : J. Cl..., originaire de Calella, âgé de 45 ans, commerçant, marié, de bonne constitution, ne présentant comme antécédent pathologique que de l'herpétisme sous diverses formes.

Il a trois molaires cariées, qui lui ont causé fréquemment des abcès alvéolo-dentaires. On remarque quelques kystes sébacés sur le cuir chevelu.

La bouche ouverte, on voit la langue repoussée en haut et

surtout à gauche. La langue étant relevée, on remarque une tumeur de forme oblongue, dont le plus grand diamètre est dirigé obliquement d'avant en arrière et de haut en bas (de devant en arrière et de arriba abajo) et présentant une extrémité libre plus étroite que sa base d'implantation. Sa grandeur approximative était de 4 centimètres et demi de longueur, sur 2 centimètres environ de largeur. La muqueuse qui la recouvrait était normale, seulement à l'extrémité libre, elle était plus mince et d'une coloration blanchâtre plus marquée. A la palpation, je constatais la présence d'une tumeur liquide de consistance épaisse et non réductible, facile à délimiter. Indolente, elle ne provoque au malade d'autre trouble fonctionnel qu'une sensation de corps étranger dans la bouche, et une gêne dans l'acte de la mastication. Aucun trouble de la parole. Absence de phénomènes généraux.

Les renseignements fournis par le malade sont très brefs.

Il y a environ un an et demi ou deux qu'il observa sur le côté gauche du plancher de la bouche et en dehors du frein de la langue une petite tumeur grosse comme un grain de chénevis.

Comme la tumeur ne le gênait pas il ne s'en inquiéta que lorsque le kyste présenta le volume que j'observai quand il vint me consulter pour me demander une collutoire destiné à le guérir de son affection.

Je lui proposai l'extirpation de la poche kystique. Il était aisé de voir qu'elle n'avait aucun rapport avec les conduits de Warthon, dont les orifices restés perméables permettaient l'introduction d'un stylet.

Ayant refusé ma proposition je lui propose à titre palliatif plutôt qu'à titre curatif, une injection iodée, ou de sulfate de cuivre.

Je lui pratiquai donc le lendemain avec la seringue de Pravaz

une injection de sulfate de cuivre (au cinquième, 10 centigrammes de sulfate de cuivre pour 50 centigrammes d'eau distillée).

Avant l'injection j'essayai de retirer en aspirant avec la seringue un peu de liquide kystique, mais sans réussir à en ramener une seule goutte.

Au moment de l'injection la grenouillette augmente de volume et le malade se plaint d'une sensation de brûlure qui n'est que passagère. — Je lui recommandai de se laver la bouche avec de l'eau boriquée surtout après les repas.

Le lendemain la tumeur paraît bleuâtre par transparence avec une diminution de volume de la poche qui paraît rétractée. Un point blanchâtre indique l'endroit de la piqûre.

Quand le malade suçait sa tumeur, il lui venait par l'orifice de la piqûre resté perméable un filet de mucus auquel le malade reconnaissait la saveur styptique de cuivre.

Le jour suivant l'orifice était fermé, et on voyait toujours la trace blanche de la piqûre. La grenouillette était plus volumineuse.

Je reste 4 à 5 jours sans voir le malade, la tumeur est tendue, un peu douloureuse et présentant toujours le petit point cicatriciel au niveau de sa figure.

Je profitais de l'insuccès du premier traitement pour proposer à mon malade l'extirpation totale du kyste. Il accepta cette fois mais en exigeant un délai de 8 à 10 jours, dans l'espoir de voir la tumeur diminuer et disparaître spontanément, et d'échapper ainsi à la grande opération ainsi qu'il désignait pompeusement mon intervention.

Il vint me retrouver avant l'expiration du délai, ayant vu que sa tumeur continuait à augmenter, et résigné cette fois à tout supporter.

raison la nécessité d'une extirpation totale. mais c'est encore l'anatomie pathologique, car si l'on veut bien se rappeler la structure microscopique de la paroi d'une grenouillette examinée par de Gastel et que nous exposons au chapitre anatomo-pathologique de notre thèse, on verra que la paroi présente un certain nombre de cavités d'un volume variable, remplies de liquide, mais sans communication avec le grand kyste. Si après l'opération, une de ces grenouillettes en miniature subsiste encore, une nouvelle tumeur va se reformer, et elle se reformera de la manière suivante :

Le kyste a été enlevé dans sa plus grande partie, mais il reste encore une partie de la poche contenant dans son épaisseur une de ces grenouillettes en miniature dont nous parlions plus haut.

Cette grenouillette en miniature d'après une hypothèse que nous exposons sous toute réserve, serait une petite cavité glandulaire, ayant perdu tout rapport avec la grande cavité kystique, par un mécanisme que nous tâchons d'expliquer plus haut au chapitre pathogénique. Elle resterait latente c'est-à-dire qu'elle ne se développerait pas tant que la poche principale existe.

La pression exercée par le liquide de la poche principale sur les parois de la poche accessoire pourrait suffire à empêcher le développement des petites vésicules.

Au contraire la poche principale étant vidée, et la tension de son liquide ne contrebalançant plus la tendance que ces petits kystes ont à se développer, il en résulte que l'un

d'eux se développe rapidement pour reformer une grenouillette nouvelle.

Maintenant comment expliquer que la grenouillette qui récidive présente un volume plus considérable, et une évolution plus rapide après une intervention incomplète.

A cela nous pourrions peut être répondre par l'explication suivante :

En effet dans l'épaisseur des parois de la poche ce n'est pas une mais plusieurs petites cavités kystiques que l'on rencontre. Comme nous le disions plus haut ces vésicules ne se développent pas tant que la poche primitive existe, c'est-à-dire tant que la tension du liquide kystique s'oppose à leur développement. Cette tension disparue après l'évacuation du liquide par un procédé quelconque, ponction, incision, séton, les différents vésicules ont tendance à s'accroître. L'une d'elles se développe plus rapidement et reforme une poche principale, les autres petites vésicules subissent également un commencement de développement mais qui est bientôt arrêté par la pression que leur fait subir, le liquide de la nouvelle poche principale qui s'est développé plus rapidement que les autres petites vésicules qui subissent un travail régressif par résorption d'une partie de leur liquide et par sclérose consécutive de leurs éléments environnants.

La tumeur principale secondaire se développant aussi rapidement que la grenouillette primitive si l'on joint à cela, l'hypertrophie des autres petites vésicules, et l'épaississement des parois de la poche, on comprend que la

raison la nécessité d'une extirpation totale. mais c'est encore l'anatomie pathologique, car si l'on veut bien se rappeler la structure microscopique de la paroi d'une grenouillette examinée par de Gastel et que nous exposons au chapitre anatomo-pathologique de notre thèse, on verra que la paroi présente un certain nombre de cavités d'un volume variable, remplies de liquide, mais sans communication avec le grand kyste. Si après l'opération, une de ces grenouillettes en miniature subsiste encore, une nouvelle tumeur va se reformer, et elle se reformera de la manière suivante :

Le kyste a été enlevé dans sa plus grande partie, mais il reste encore une partie de la poche contenant dans son épaisseur une de ces grenouillettes en miniature dont nous parlions plus haut.

Cette grenouillette en miniature d'après une hypothèse que nous exposons sous toute réserve, serait une petite cavité glandulaire, ayant perdu tout rapport avec la grande cavité kystique, par un mécanisme que nous tâchons d'expliquer plus haut au chapitre pathogénique. Elle resterait latente c'est-à-dire qu'elle ne se développerait pas tant que la poche principale existe.

La pression exercée par le liquide de la poche principale sur les parois de la poche accessoire pourrait suffire à empêcher le développement des petites vésicules.

Au contraire la poche principale étant vidée, et la tension de son liquide ne contrebalançant plus la tendance que ces petits kystes ont à se développer, il en résulte que l'un

d'eux se développe rapidement pour reformer une grenouillette nouvelle.

Maintenant comment expliquer que la grenouillette qui récidive présente un volume plus considérable, et une évolution plus rapide après une intervention incomplète.

A cela nous pourrions peut être répondre par l'explication suivante :

En effet dans l'épaisseur des parois de la poche ce n'est pas une mais plusieurs petites cavités kystiques que l'on rencontre. Comme nous le disions plus haut ces vésicules ne se développent pas tant que la poche primitive existe, c'est-à-dire tant que la tension du liquide kystique s'oppose à leur développement. Cette tension disparue après l'évacuation du liquide par un procédé quelconque, ponction, incision, séton, les différents vésicules ont tendance à s'accroître. L'une d'elles se développe plus rapidement et reforme une poche principale, les autres petites vésicules subissent également un commencement de développement mais qui est bientôt arrêté par la pression que leur fait subir, le liquide de la nouvelle poche principale qui s'est développé plus rapidement que les autres petites vésicules qui subissent un travail régressif par résorption d'une partie de leur liquide et par sclérose consécutive de leurs éléments environnants.

La tumeur principale secondaire se développant aussi rapidement que la grenouillette primitive si l'on joint à cela, l'hypertrophie des autres petites vésicules, et l'épaississement des parois de la poche, on comprend que la

nouvelle grenouillette puisse être plus volumineuse que la tumeur primitive, et que les parois de la poche soient plus épaisses et indurées. En outre, comme ce nouveau travail s'accompagne d'un processus inflammatoire, on s'explique également la formation des adhérences de la poche avec les parties voisines.

Notre théorie du développement de la grenouillette récidivante aux dépens d'un des petits kystes latents explique l'insuccès du séton dans le traitement de la grenouillette. En effet, s'il n'y avait pas de petits kystes secondaires n'attendant que l'occasion de se développer, si on assurait par une fistule permanente l'écoulement du liquide sécrété à l'intérieur de la poche on devrait amener la guérison de la tumeur qui disparaîtrait, le liquide ne s'accumulant plus et s'écoulant au fur et à mesure.

Or la clinique nous montre bien qu'à la suite de l'application du séton la tumeur disparaît par suite de l'écoulement permanent du liquide sécrété dans la poche principale, mais elle nous montre aussi qu'au bout d'un temps variable, la tumeur récidive, cependant il existe toujours une fistule faisant communiquer le plancher de la bouche avec la poche primitive; il s'est donc développé une seconde tumeur indépendante de la première et qui a pris sa place. Aussi, dans les cas, rares du reste, que l'on a prétendu guérir par ces simples méthodes, il s'agissait probablement de grenouillettes d'origine glandulaire, présentant une oblitération au niveau d'un seul conduit

excréteur, ou peut-être même de kystes séreux de la bourse de Fleischman.

C'est de la même façon que nous pourrions encore expliquer le mode de formation des grenouillettes sus-hyoïdiennes.

Dans le cas rare il est vrai, où la poche sus-hyoïdienne est indépendante de la poche sub-linguale, nous attribuons cette nouvelle poche au développement d'un kyste latent qui ne pouvant se développer du côté du plancher de la bouche par suite de la résistance que lui oppose la tumeur buccale primitive, a pu vaincre l'obstacle que lui offrait la partie inférieure du plancher de la bouche, et c'est après avoir écarté le plan musculaire inférieur qu'elle vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne.

Quand la poche sus-hyoïdienne ne fait qu'un avec la tumeur buccale, cas le plus fréquent, comme l'a montré Delens, et toujours consécutif à une intervention infructueuse sur la tumeur primitivement buccale ; dans ce cas donc, quand on a pratiqué l'excision de la partie supérieure de la poche, en laissant une partie de la paroi, on comprend qu'il se forme sur le plancher de la bouche une couche de tissu cicatriciel résistant.

Lorsque la grenouillette récidivante développée au dépens d'un des petits kystes de la paroi, viendra évoluer dans le voisinage de ce tissu cicatriciel, il pourra rencontrer une résistance qu'il ne pourra vaincre et supérieure à celle du plan inférieur du plancher de la bouche qui lui

cédera et la nouvelle grenouillette deviendra sus-hyoïdienne.

Ces considérations admises, la grenouillette récidivera toujours, lorsqu'à la suite d'un procédé quelconque il restera encore dans la plaie une parcelle de la poche kystique.

L'extirpation totale de la poche seule mettra à l'abri de toute récurrence, et c'est cette opération que nous préconisons.



CONCLUSIONS

1° La grenouillette est tout kyste salivaire du plancher de la bouche.

1° Elle est produite par l'oblitération congénitale ou inflammatoire de cause microbienne ou autre d'un ou de plusieurs canaux excréteurs d'une glande et en des points variables de leur trajet.

3° Suivant qu'il n'y aura qu'un ou au contraire plusieurs canaux obstrués, il se produira ou non des kystes latents, c'est-à-dire que la grenouillette sera ou ne sera pas sujette à récider.

4° La grenouillette avec oblitération unique, sans kystes latents, est susceptible de guérison par n'importe quel procédé pourvu qu'il crée une fistule permanente.

5° Dans les grenouillettes à oblitération de canaux multiples, c'est-à-dire où l'on trouve des kystes latents, l'extirpation seule met à l'abri des récidives.

6° Dans l'impossibilité où l'on se trouve de savoir à quelle variété on a affaire, à part les cas d'oblitération du canal de Warthon, il faut pratiquer l'extirpation totale de la poche qui évite de faire des opérations inutiles.

7° C'est le procédé de M. Felizet que nous adopterons pour mener à bien cette extirpation. Il demande un peu de délicatesse de la part de l'opérateur. Mais ce dernier gagne par le choix de cette méthode, facilité, sécurité, et surtout innocuité dans l'opération, et sûreté dans le résultat.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu :
Le Président,
PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD!



BIBLIOGRAPHIE

Demon. — Kystes salivaires du plancher de la bouche.
Th. 1868.

Tillaux. — Anatomie topographique.

Sappey. — Anatomie humaine.

Testut. — Traité d'anatomie.

Chauvel. — Dictionnaire Encyclopédique.

Delens. — Grenouillette sus-hyoïdienne. Rev. de chirurg.
1881, p. 209.

Raillard. — Diagnostic et traitement de la grenouillette et
des tumeurs sub-lingales : Th. Paris, 1871.

Lelièvre. -- De la grenouillette, 1861. Th. Paris.

Felizet. -- Bulletin de Société chirurgie 1891. XVII, p. 603.

Després. — Gazette des hôpitaux, 1896, p. 549.

Bimbard. — De la grenouillette et de son traitement.
Th. 1853, Paris.

Pichon. — De la grenouillette et de son traitement.
Th. 1854, Paris.

Krabbel. — Zur operation der Ranula, centialbl. f. chirurg.
Leipz, 1880, VII.

Lestaive. — De la grenouillette et de son traitement.
Paris. 1852.

